

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

SÉMÉIOTIQUE. — SIGNES TIRÉS DE LA COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'AUDITION ET DE L'AUSCULTATION DU DIAPASON VERTEX PENDANT LA DÉGLUTITION ET LES DIVERS AUTRES MODES DE MOBILISER L'APPAREIL AURICULAIRE

Par le Dr GELLÉ (1).

A. *Modifications du diapason vertex sous l'influence de la déglutition. — Signes tirés de la comparaison des sensations auditives du sujet et de l'observateur.*

Dans de précédentes études, j'ai montré le parti que l'on peut tirer, au point de vue de l'auto-examen de l'oreille, des notions expérimentales fournies par l'épreuve dite du « diapason-tube ».

Elle consiste, on se le rappelle, à enregistrer les variations de la sensation sonore causée par un diapason pendu au bout libre d'un tube de caoutchouc inséré au méat auditif par l'autre extrémité. Ces variations sont facilement obtenues par les pressions sur le tube, par les contractions des mâchoires ou des peaussiers de la face, soit par la déglutition, le valsava, etc.

On peut opposer à ces résultats ceux que l'on obtient dans l'audition du diapason vertex sous l'action des mêmes épreuves. Dans l'état pathologique, la comparaison est pleine d'enseignements et éclaire bien des points de diagnostic.

(1) Lu à la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 1890.

que l'oreille moyenne ni le tympan ne participaient à l'étiologie de la surdité et des bourdonnements réflexes.

Le fait de la concordance entre les données des épreuves des pressions centripètes et celles que l'on obtient de la comparaison de l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition est très net ici, et donne la mesure de la valeur du signe que j'en veux tirer.

Voilà pour l'état de santé auriculaire. Voyons ce qui se passe dans l'état de maladie.

Prenons un cas, où, tout à l'inverse de la normale, les deux réponses à l'épreuve sont négatives à la fois : le son du diapason vertex n'a subi aucune atténuation pendant que le sujet a dégluti, et le médecin non plus n'a senti aucune variation. La physiologie nous donne l'explication de ces faits. (*Obs. 27, obs. 25.*)

On trouve d'ordinaire ces résultats négatifs quand la trompe étant imperméable depuis longtemps, il existe de ce fait une tension extrême avec enfonçure du tympan, qui en amène l'immobilisation.

Tout l'appareil est consécutivement retenu et tendu, et l'étrier pareillement est immobilisé : nul mouvement n'a lieu. En voici un exemple :

OBSERVATION (A B. 382). — H..., 40 ans ; rhumatisant. Coryza habituel et abondant. Depuis peu il entend plus difficilement la parole du côté gauche, où la montre est perçue à 30 centimètres cependant. A droite, M = 75 centimètres ; perception crânienne bonne. Inspection : oreille droite, tympan translucide, triangle ; enfonçure légère ; vue de l'enclume et du promontoire ; teinte crayeuse autour de la spatule ; mobilité nulle par valsava. A gauche, tympan déformé, saillie du manche en arête, opacité blanchâtre, ni triangle, ni vaisseaux, aspect mat ; aucune mobilité, diapason vertex plus à gauche. Audition du diapason vertex pendant la déglutition : aucun changement, et à l'auscultation otoscopique, même absence de modification du son. Rhino-pharyngite érythémateuse ; teinte carminée de la muqueuse nasale à gauche ; trompes imperméables ; tension extrême des deux tympans déformés.

La douche de Politzer rétablit leurs positions ; le tympan gauche est vu lisse, translucide et redressé ; et M = à + 1 mètre.

Le muscle interne du marteau reste inhabile, son activité est débordée par l'exagération même de la poussée en dedans des osselets et de la cloison; son tendon subit un relâchement forcé; la voussure est arrivée au point limité du déplacement possible en dedans.

Cependant ces résultats nuls concordants de l'expérience peuvent se rencontrer dans d'autres conditions. Le tympan, la chaîne et l'étrier peuvent être rendus immobiles par une sclérose avancée avec ankylose de l'étrier et soudure des deux têtes de l'enclume et du marteau à la logette des osselets. L'aération artificielle de la cavité tympanique par un Politzer rend le diagnostic assuré dans ce cas, et montre la part à faire à l'obstruction tubaire dans la surdité.

OBSERVATION (AB, 2). — Surdité vieille extrême; ancienne sclérose; deux trompes mal perméables, et mouvements de la chaîne nuls, surtout du côté gauche; pressions centripètes sans effet. Epreuve de l'audition du diapason vertex pendant l'acte de déglutition: nulle pour le malade, nulle aussi pour l'observateur; à droite et à gauche, même surdité après le cathétérisme. Diagnostic: sclérose totale bilatérale.

OBSERVATION (AB., 382). — Audition de M. bonne; bourdonnements; obstruction complète des deux trompes; enfonçure vive des deux tympans, tendus et immobiles; audition pendant la déglutition: épreuve négative pour le sujet et pour le médecin; après plusieurs douches de Politzer, aération suffisante, et l'épreuve de déglutition devient positive; celle des pressions aussi.

OBSERVATION (AB, 306). — Vieilles scléroses; surdité grande à la parole: $M = 0$ à droite et à gauche. Diapason-vertex central. Epreuve des pressions négative à droite et à gauche. Epreuve d'audition du diapason vertex pendant la déglutition = 0 pour moi et = 0 pour le sujet même. Le Politzer passe et donne $M = 3$ centimètres; l'épreuve devient positive, bien que très peu accusée d'un côté.

On voit, dans ces divers cas, des combinaisons de deux éléments, obstruction tubaire de vieille date et sclérose fort avancée et généralisée.

Je rappelle, à ce propos, que dans une de mes observations, où cette épreuve par la déglutition avait été négative

pour le sujet et pour moi, j'ai pu constater à l'inspection la disparition complète du tympan.

D'après le mode d'action de la déglutition sur l'organe auditif, on peut préjuger que l'on rencontrera des cas où, avec une épreuve nettement positive pour les deux observateurs, les lésions otiques et la surdité seront cependant d'une gravité sérieuse.

En effet, il suffit, pour avoir une épreuve positive, que la lésion tympanique laisse les mouvements libres du tympan, de la chaîne et de l'étrier; or, c'est le cas fréquent dans les premières périodes des otites chroniques; l'hyperplasie muqueuse modérée, le ramollissement, le relâchement des ligaments et de la cloison sont compatibles avec une certaine mobilité dès que la circulation d'air est franche et les muscles actifs.

Ce procédé d'investigation, en définitive, ne veut dire en séméiotique auriculaire rien de plus que ceci : la mobilité de l'appareil de transmission est conservée du tympan à l'étrier.

Pour les mêmes raisons, telle épreuve donnera encore des résultats positifs dans la grande série des surdités dites nerveuses, que la lésion soit centrale ou périphérique, tant que le diapason vertex sera entendu. C'est ainsi dans l'hémianesthésie hystérique incomplète; mais si la surdité est entière, l'audition n'a lieu que par la bonne oreille, et du reste le besoin de cette exploration est alors douteux. Pour les surdités toxiques, alcooliques, urémiques, quiniques, etc., l'épreuve est positive, tant que l'appareil intra-tympanique reste étranger à la maladie.

Dans ces conditions, en présence des réponses positives d'une épreuve de la mobilité de la chaîne des osselets, le clinicien conclut à une étiologie extra-auriculaire, plus profonde, labyrinthique ou centrale, de la surdité.

Les cas les plus intéressants sont sans nul doute ceux dans lesquels l'une des parties constate le phénomène physiologique de l'atténuation quand l'autre n'éprouve rien de tel. Ces résultats discordants sont très significatifs.

Tout d'abord, il faut émettre ici ce fait d'observation que le plus souvent, je devrais dire dans l'immense majorité

des cas, c'est le patient qui n'a pas perçu les effets de la déglutition, tandis que l'observateur les perçoit clairement.

Il peut se faire que l'opposé arrive : quand il existe un bouchon profond de cérumen immobilisant le tympan, ou quand celui-ci a subi un épaississement ou un déplacement étendu en dehors par réplétion de la caisse ; mais on conçoit que ces conditions nuisent également à la mobilité de la chaîne et de l'étrier et rendent l'épreuve négative pour le sujet et l'observateur à la fois.

En général, tant que l'aération de la cavité tympanique a lieu, le clinicien constate des épreuves positives, et le son est perçu, atténué par l'otoscope. Chacun sait que l'on peut voir le tympan se ballonner par les divers procédés de mobilisation, tandis que le manche du marteau reste fixe.

Quand cette discordance existe, c'est-à-dire quand l'observateur éprouve l'atténuation sans que le sujet la sente, par la déglutition, on se trouve en présence d'un signe sérieux de la perte de mobilité de l'étrier. On ne peut conclure à l'ankylose de cet osselet que si le fait est durable et est confirmé par d'autres procédés d'examen.

Pour la plus grande partie de mes observations, j'ai constaté l'accord le plus parfait entre ces données de l'épreuve nouvelle et celles que fournit l'épreuve des pressions centripètes, au point de vue du diagnostic de l'étrier fixe.

En voici un exemple, où tous les signes s'accordent pour conclure à l'ankylose de l'étrier de l'oreille gauche.

Obs. (OS. 104). — H..., arthritique. Accuse des bourdonnements aux moindres efforts, à gauche, où la montre est perçue à 10 centimètres; quelquefois craquements intenses s'il avale, s'il se mouche. Mobilité de la cloison à gauche, immobilité du marteau. Pressions négatives de ce côté; trompe perméable avec claquement tympanique léger à gauche. Oreille droite bonne; l'audition du diapason vertex pendant la déglutition donne un résultat nul pour le sujet, et à l'auscultation un résultat net et franc pour moi. Le diapason posé sur le tube otoscopique, tandis que le sujet avale, lui donne une légère atténuation du son. Le tympan est mobile, élastique, mais les osselets et l'étrier sont fixes : sclérose et ankylose à gauche; raréfaction sans résultat à gauche.

On voit clairement, dans ce cas si simple, la discordance des résultats expliquée par la mobilité du tympan, lequel se tend encore par la déglutition et modifie la sensation perçue à l'otoscope ; tandis que l'étrier étant fixe, le patient ne constate aucun changement du son.

L'observation suivante montre l'importance séméiotique du signe ; l'oreille qui perçoit encore assez bien la parole et la montre à 15 centimètres est cependant déjà atteinte du même processus scléreux profond qui a détruit complètement l'ouïe de l'autre côté ; et le signe de déglutition décèle cette lésion très clairement en montrant que l'audition du diapason vertex, qui n'est pas modifiée pour le sujet, l'est nettement pour l'observateur.

Obs. (O. 317). — D..., 61 ans, arthritique. Déformations des articulations des doigts des mains. Diapason vertex ut_3 peu perçu ; diapason vertex ut_2 , mieux perçu à droite. Diapason perçu bien fort à droite. M = 15 centimètres à droite et belle perception crânienne. M. à gauche perçue au contact ; perception crânienne = O. Tympan clairs, translucides, minces, vue du fond et de l'enclume. Triangles nets. Immobilité du manche à droite comme à gauche ; cloison mobile par le valsava ; trompes libres : rien à la gorge ni au nez actuellement. Pressions centripètes négatives à droite et à gauche. Pendant l'acte de la déglutition, modification franche du diapason vertex à droite et à gauche pour moi ; nulle pour le sujet.

En voici d'autres faits brièvement résumés :

Obs. (210 bis Aw). — Surdité légère de l'oreille droite. Diapason vertex central. Trompe droite, absolument close à ce moment. L'épreuve de l'audition du diapason vertex pendant la déglutition donne O pour la malade, tandis que je perçois nettement une franche atténuation.

Obs. (Aw. 269). — Rhinite ; obstruction tubaire droite. Diapason vertex perçu à droite. Epreuve des pressions positives à droite. Epreuve de déglutition négative pour le malade, positive pour moi qui ausculte. Après le Politzer, 40 centimètres à la montre, et épreuve positive pour tous deux.

Obs. (AB. 310). — A l'oreille droite trompe close. Pressions centripètes positives. Epreuve l'auscultation pendant la déglu-

titution; à droite positive pour moi, négative pour le sujet. A l'oreille gauche, où la montre est entendue à 25 centimètres, l'épreuve des modifications subies par le son du D.-V. au moment de la déglutition est positive pour tous deux : observateur et patiente.

Obs. (AB. 300). — Ankylose double des étriers; épreuves des pressions, négatives à droite et à gauche. Trompes libres. M. perçue à 1 mètre à droite. Epreuve de la déglutition négative pour le sujet à droite et à gauche et positive pour moi.

Obs. (Aw. 295). — Surdité extrême, sclérose bilatérale vieille. Audition du diapason ut⁴; M = O. Pressions négatives, etc. Epreuve de déglutition négative pour le sujet et positive pour moi.

Obs. (AB. 376). — Ankylose   vidente. Pressions également négatives à droite et à gauche. Epreuve de déglutition négative pour l'individu, positive pour le clinicien.

Obs. (273). — Mêmes résultats des pressions centripètes, mêmes résultats négatifs pour le sujet s'il déglutit, le diapason vertex post   sur le crâne, et positif pour moi.

Obs. (AB. 350). — Malade vertigin   sourd; épreuves des pressions causant l'extinction du son du diapason vertex. Les épreuves de la déglutition, positives pour le médecin, négatives pour le malade.

Obs. (AB. 316 *bis*). — De mêmes pressions, négatives à droite et à gauche. Epreuve de déglutition négative pour le sujet et positive pour le clinicien.

Obs. (Aw. 240). — De même les pressions négatives; aération facile des caisses. M. perçue collée au méat. Même opposition : O pour le sujet et B. pour l'observateur.

Je pourrais multiplier ces citations, une dernière seulement encore :

Obs. (AB. 1). — A l'oreille gauche, épreuve des pressions centripètes négative. Or, à gauche, celle de déglutition est négative aussi pour le sujet et positive pour moi.

: A droite, où l'épreuve des pressions est positive et montre que le jeu de l'étrier est intact, celle de la déglutition donne au

sujet comme au clinicien la sensation nette et l'abaissement du son du diapason vertex.

En général, quand les épreuves des pressions centripètes sont positives, normales, c'est-à-dire quand on trouve les signes de mobilité de l'étrier, l'épreuve de la déglutition est également positive pour le patient.

Les deux données évoluent parallèlement, et leur concordance constante est très significative. Le diagnostic est ainsi plus assuré.

En résumé, par la simplicité de l'expérience, par la sûreté de la notion qu'elle donne, cette épreuve de la déglutition a une importante valeur sémiotique, surtout au point de vue du diagnostic de l'immobilité de l'étrier, quand on s'est convaincu de l'aération de la caisse tympanique. Elle est à la fois sûre, simple et pratique.

J'ajoute qu'elle ne saurait suffire à elle seule à parfaire un diagnostic; qu'elle ne supplée à aucun autre signe et doit s'appuyer sur tous les moyens et procédés d'exploration en usage.

On pourra aussi opposer avec profit les données des diverses autres épreuves otologiques, suivant que c'est l'observateur ou le sujet qui en perçoit l'effet; mais aucune n'approche de la grande simplicité pratique de la déglutition pendant l'application du diapason vertex.

II

B. Nouveaux procédés d'auto-examen des fonctions de l'organe de l'ouïe.

1° Un tube de caoutchouc de 25 centimètres est adapté par un bout hermétiquement à l'oreille, puis tenu par l'autre extrémité, munie d'un embout de buffle, à la bouche.

Si, dans ce dispositif, le diapason sonne au vertex, on peut, en soufflant doucement et aspirant alternativement dans le tube, lentement et sans secousse, sentir le son du diapason modifié dans son intensité à chaque fois, mais davantage au moment de l'aspiration.

Avec un peu d'habitude, on arrive vite à distinguer très-nettement les bruits des mouvements tympaniques ; et surtout le claquement sec et strident qui succède à l'aspiration est très facile à percevoir.

Dans les deux modes, le tympan, repoussé ou aspiré, se meut et se tend ; il semble obéir plus mollement au souffle et subir plus bruyamment l'action des aspirations buccales.

Avec chaque inspiration ou expiration faite dans le tube auriculaire coïncide une atténuation du son crânien, si l'étrier est libre dans la fenêtre ovale.

Dans les insufflations, il est difficile de dépasser la mesure et d'offenser l'organe ; les aspirations, au contraire, agissant en déplaçant le tympan dans le sens inverse de ses tendances physiologiques, sont plus irritantes et ne doivent point être faites brutalement ni répétées trop vite, si c'est avec la pointe de la langue qu'on opère la succion.

On sait que le tympan peut subir en dehors un déplacement considérable, grâce à la laxité et à la disposition spéciale de l'articulation des deux têtes du marteau et de l'enclume. De là sans doute l'origine de la véritable petite secousse que l'on ressent par l'aspiration vive du tympan au moyen du tube auriculaire.

Dans l'expérience pour l'auto-examen, le diapason est placé vibrant sur le crâne ; le tube est hermétiquement introduit dans le méat auditif ; on débute par une légère insufflation, graduellement plus ample ; le son du diapason vertex sera diminué de force au même moment. Cela ne doit pas dépasser la force d'une expiration un peu prolongée dans le tube buccal ; en même temps on entend un léger et doux claquement tympanique qui est dû à la poussée de l'air sur le tympan et à la propulsion en dedans, mouvement qu'on perçoit avec un peu d'habitude. Ce claquement est doux et sourd ; et dès que la pression cesse, un second claquement identique annonce le retour de la cloison à la normale. Aussitôt le son atténué reprend son ampleur première.

La mobilité et l'élasticité du tympan, ainsi que celles de l'étrier, sont ainsi appréciables et susceptibles d'être étudiées

par qui connaît les bruits normaux de ces mouvements profonds.

Recommencée aussitôt, l'épreuve donne des résultats toujours les mêmes à l'état sain.

Au moyen d'une aspiration d'énergie moyenne, on agit également sur le tympan; ce déplacement en dehors est presque insensible et silencieux; il n'en est pas de même du retour à la normale, surtout si la bouche s'ouvrant aussitôt, l'air rentre brusquement dans le tube; c'est un claquement sonore, vibrant, qui se produit alors à chaque coup et qui éclate dans le fond du conduit. C'est le bruit du retour de la cloison à la normale, très évident et bruyant; en même temps l'on constate que le son, affaibli au moment de la succion, est revenu en son entier.

a) Dès que le tube de caoutchouc pénètre dans la bouche, le son du diapason, posé sur le crâne, qui est perçu médian et central, au point de contact, passe du côté du tube; c'est la résonance de la cavité buccale qui cause cette latéralisation immédiate du son crânien.

Il faut éviter la détente brusque après la succion à cause des secousses véritables auxquelles elle expose l'organe de transmission et le nerf labyriuthique, si l'étrier est mobile. Il peut en résulter, suivant la tolérance des individus: du bourdonnement d'oreille, de la douleur et un léger étourdissement.

b) En obturant avec la pointe de la langue le bout du tube buccal, le son du diapason vertex, latéralisé tout d'abord comme on l'a dit, redevient central au point où l'instrument touche la tête. Cette apposition de la langue a interrompu la communication avec le résonnateur buccal, et cela a suffi à rétablir l'état primitif.

En retirant vivement la pointe de la langue du tube, il se produit un vigoureux et sonore claquement tympanique, avec une coupure nette du son crânien. La succion et le brusque retour à la normale de la cloison, attirée en dehors, causent ces phénomènes et ne sauraient se répéter plusieurs fois un peu fort sans blesser l'oreille, trop rudement secouée; le bourdonnement, la douleur otique, l'étourdisse-

ment indiquent qu'on soumet l'organe à des ébranlements insolites et dangereux.

Cette intolérance est extrême dans les états inflammatoires, et presque nulle dans les scléroses confirmées. Cette tolérance pour ces secousses provoquées au moyen du tube par la succion de la pointe de la langue est certainement un signe des plus clairs de la raideur générale de l'appareil ; l'absence de bruits, de claquements ou bien la difficulté qu'on éprouve à les produire en ce cas montre aussi l'induration des tissus et la raideur scléreuse articulaire.

On peut se servir ainsi de ces modes de mobilisation de l'appareil de transmission, tantôt comme moyen de diagnostic, tantôt comme procédé thérapeutique d'exercice de l'organe.

Les malades indiquent d'eux-mêmes les variations ressenties d'un côté, le meilleur, et non ressenties du côté scléreux et sourd.

c) Tandis que le diapason vibre au sommet de la tête, le tube posé entre l'oreille et la bouche, l'embout de buffle serré entre les dents, on peut constater qu'à chaque effort énergique de contraction des masticateurs, le son est atténué très nettement.

L'expérience réussit d'autant mieux que le sujet mord l'embout entre ses dents molaires, du côté du tube ; la prise est plus forte et la chute du son plus prononcée.

On obtient le même effet dans les contractions des peus-siers de la face.

Ce dispositif du tube bucco-auriculaire se prête également à l'étude de l'audition du son du diapason posé sur le tube, tandis qu'on fait varier les états de tension du tympan par les divers procédés en usage. Pour l'auto-examen cela peut rendre des services.

Je conseille à l'opérateur de faire toujours l'exploration dans les organes de l'ouïe, et de comparer les effets des épreuves sur chacun d'eux.

On peut analyser ainsi l'état de mobilité et d'élasticité du tympan, de la chaîne et de l'étrier : or, ce sont les qualités majeures de l'appareil conducteur des sons et celles que les

maladies altèrent le plus souvent et le plus gravement.

J'ai vu l'adjonction de la cavité résonnante buccale permettre aussitôt l'audition du diapason sur le crâne. D'autres oppositions sont également applicables au diagnostic de la lésion. Ainsi l'absence de modifications du son crânien par les insufflations ou aspirations ou succions, si elle coïncide avec l'atténuation du son du diapason porté sur le tube même, est un sûr indice de lésion grave de l'étrier et de son immobilité, avec conservation d'une certaine élasticité du tympan.

Pour ces cas, pour le dire en passant, l'audition a lieu par la fenêtre ronde.

Mais la sclérose peut avoir tout raidi, et soudé, articulations et tendons, osselets et parois; le tympan s'est épaissi et induré aussi; dans ces conditions, les épreuves sont toutes deux négatives; hâtons-nous de dire que ce n'est pas un cas fréquent tant que les trompes sont perméables.

d) Il n'est pas jusqu'au bruit de claquement tympanique, vif, sec, sonore, que les aspirations et surtout que les retraits de la pointe linguale produisent si bien, à l'état normal, qui n'ait une valeur séméiotique sérieuse; on le voit diminuer de force et même disparaître totalement dans les scléroses vieilles et dans les tensions anormales du tympan; de plus, il est alors accompagné de bruits subjectifs, provoqués de vertiges et de douleurs, s'il y a de l'hyperesthésie de l'organe auditif. Ai-je besoin de dire que le claquement causé par la légère succion linguale sur le tube auriculaire manquera s'il y a disparition du tympan?

On retrouve ainsi l'ensemble des déductions pratiques que permettent les observations précises sur la tension du tympan, sur le jeu de la chaîne des osselets et la mobilité de la base de l'étrier au moyen des expériences et méthodes classiques aujourd'hui.

L'opérateur agissant sur ses propres oreilles, on peut ainsi faire l'exploration complète et poser un diagnostic du siège de la lésion cause: aussi ai-je pris soin de dire que ce travail a pour but de faciliter l'auto-examen du médecin. C'est un moyen de vulgariser les études otologiques.

III. — *Examen de l'énergie des moteurs de la chaîne des osselets.*

Cependant nous n'avons abordé jusqu'ici que l'étude de la statique de l'oreille ; sa dynamique, son activité n'ont pas été examinées ; la fonction d'accommodation ne doit cependant pas être oubliée dans une exploration méthodique de l'audition.

Or, l'observation est facile sur soi-même à ce point de vue en utilisant quelques connaissances de physiologie fort simples.

On sait que les muscles moteurs de la chaîne se contractent énergiquement avec les muscles peaussiers de la face, les orbiculaires des paupières surtout ; il suffira de constater l'action de ces contractions manifestes sur l'audition et l'auscultation trans-auriculaires du son du diapason vertex. Dans l'état normal, le son est coupé très nettement pendant ces efforts, qui s'accompagnent de la contraction du tenseur tympanique.

Il en est de même pendant les contractions énergiques des muscles masticateurs.

Mais on ne met ainsi en évidence que l'action d'un seul muscle, le tenseur.

Quant au stapédius, point de contrôle.

L'expérimentation cependant démontre que dans le bâillement les muscles de l'appareil de transmission de l'oreille moyenne se contractent tous les deux à la fois, et non plus l'un d'eux isolément comme dans les épreuves précédentes. En effet, si l'on tient un fort diapason ut_2 vibrant sur le sommet de la tête pendant un bâillement bien simple et franc, on constate que le son crânien ne se trouve aucunement modifié ni affaibli, et ne subit aucune variation de ton ou d'intensité, tandis que l'on sait bien que le même ton est très abaissé dans le bâillement si le diapason est posé en face de l'oreille.

Au moment du bâillement, la contraction du tenseur a lieu énergiquement ; elle tend le tympan et cause une diminution

franche de l'audition du son aérien. Si le stapédus ne lui faisait pas équilibre par une action antagoniste équivalente, le son du diapason vertex serait abaissé également, comme dans les expériences précitées, car l'étrier, subissant l'action du tenseur, serait refoulé en dedans et immobilisé dans la fenêtre ovale; puisqu'il n'en est rien, que le son ne change pas de ce côté, force est de conclure à l'action antagoniste du stapédus dans le bâillement.

L'application pratique de ces données expérimentales est qu'au moyen du bâillement on peut juger de l'activité du stapédus, comme au moyen des contractions des orbiculaires des paupières on peut mettre en évidence l'énergie du muscle tenseur du tympan.

En terminant cette communication, je répéterai de nouveau qu'il est indispensable de faire des expériences comparatives à droite et à gauche. C'est le seul moyen de saisir la valeur réelle des résultats de ces explorations délicates et précises.

II

DES ABCÈS CHAUDS DE LA CLOISON NASALE ET D'UNE DÉFORMATION NASALE CONCOMITANTE ET DÉFINITIVE

Par le Dr **GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière
(lu au Congrès international de Berlin, le 5 août 1890).

L'affection qui fait l'objet du mémoire que nous présentons à la section de laryngologie et de rhinologie du Congrès international de Berlin est d'observation assez rare. Citée par la plupart des traités didactiques des maladies du nez, elle a été étudiée par tous de la façon la plus sommaire, en raison du petit nombre de ces malades observés par les praticiens les plus occupés.

Il y a deux ans, j'avais eu l'occasion d'observer un fait ayant avec ceux dont je vais m'occuper une certaine analogie. Il s'agissait d'un enfant de 4 à 5 ans, atteint d'une tumeur liquide accolée à la cloison et développée d'un seul côté, à gauche. On avait cru un moment à une déviation traumatique de la cloison de ce côté, mais à l'examen du côté opposé, il n'y avait pas de concavité du septum. On fit la ponction exploratrice qui donna issue à un liquide jaune pâle, ressemblant à du sérum ou à de la lymphe. Au bout de quelques jours, l'enfant guérit complètement ; la cloison n'était ni déviée ni perforée, le nez n'était déformé en aucune façon. Ce cas a fait l'objet, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, d'un mémoire d'un jeune médecin italien, le Dr Strazza, de Gènes, qui avait suivi ma clinique pendant quelques mois. Ce mémoire a été publié à la page 666 de l'année 1888.

L'année suivante, en 1889, je vis presque simultanément deux cas d'abcès de la cloison développés, l'un chez une femme de 22 ans, sans cause connue ; l'autre chez un enfant de 3 ans, à la suite d'une chute sur le dos du nez. Les symptômes étaient absolument les mêmes, la marche de l'affection fut aussi semblable ; enfin, chez nos deux malades, même difformité se présenta sous la forme d'un enfoncement au-dessous des os du nez et d'un aplatissement du lobule. L'observation de la femme que, je vais insérer en entier, présente cette particularité intéressante, que l'examen bactériologique du pus a été fait par le Dr Dubief. J'avais provoqué cet examen parce que, le malade niant tout traumatisme, j'avais pensé à la possibilité d'un abcès de cause tuberculeuse, développé à la suite d'une périchondrite. Mon observation est la première où était fait un examen de ce genre. Voici cette observation :

Abcès symétriques de la cloison des fosses nasales, affaissement du nez au-dessous des os propres (observation recueillie par M. Glover, interne du service).

E. J..., âgée de 22 ans, entre salle Aran, n° 5, le 23 juin 1889, dans le service du Dr Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

Antécédents héréditaires; mère morte à 60 ans; père mort à 61 ans de bronchite chronique.

A eu deux enfants qui sont morts, l'un de convulsions, l'autre d'athrepsie.

Réglée à 15 ans et demi, toujours régulièrement. La malade a eu de l'impétigo pendant l'enfance, elle est sujette au coryza. Elle a un peu de blépharite et une leucorrhée constante. Pas de syphilis antérieure.

Le 16 mai dernier, elle s'aperçut de l'apparition d'une légère tuméfaction de chaque côté de la cloison du nez; une petite tumeur se développa rapidement et symétriquement dans chaque fosse nasale, au voisinage de l'orifice externe du nez, et atteignit le volume d'une noisette. Ces tumeurs sont parfaitement vues et senties par le malade.

J... nie tout traumatisme.

Examen à l'entrée. Les deux tumeurs sont très faciles à apercevoir sans l'aide du spéculum, par le simple écartement des ailes du nez; la muqueuse qui les recouvre est rosée. A l'examen, au moyen de spéculum, on constate qu'elles remplissent entièrement l'extrémité antérieure des fosses nasales; au toucher avec le stylet elles sont douloureuses à la pression, elles se dépriment légèrement; la malade supporte malaisément cet examen. Le nez est élargi à la base, et il présente à l'union des os propres et de la cloison une dépression *en coup de hache*, très marquée; le lobule est augmenté de volume. La respiration est très gênée et la malade tient la bouche ouverte.

Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé.

26 juin. — Une ponction exploratrice, à droite, avec la seringue de Pravaz, ramène une gouttelette de pus très franc.

26 juin. — La tumeur a augmenté de volume et la malade réclame notre intervention. *Opération*: incision avec le bistouri de deux petites tumeurs symétriques. La muqueuse pituitaire saigne abondamment. Elle est très épaisse. Il s'écoule, surtout à droite, une certaine quantité de pus très franc; avec ce pus, l'on ensemeence des tubes de gélatine et d'agar-agar.

1^{er} juillet. — Les tumeurs se sont affaissées, la respiration est beaucoup plus facile, le lobule et les téguments du nez sont beaucoup moins tendus. On enlève à gauche et en arrière de petites végétations papillaires qui se sont formées au voisinage de l'incision opératoire.

13 juillet. — La malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

Le traitement a consisté en lavages du nez avec une solution boriquée tiède à 4 0/0.

A l'examen des fosses nasales on ne constate plus rien d'anormal ; la cloison est intacte ; il n'y a pas de déformation de la cloison, et le stylet introduit entre le cornet moyen et la cloison pénètre assez aisément.

La percussion de la cloison par le stylet n'est nullement douloureuse, et on ne constate l'existence d'aucun épaissement de la muqueuse.

La malade, suivie plusieurs fois et revue même quelques mois plus tard, n'a plus senti aucune souffrance. La déformation nasale a toujours persisté.

Ensemencement du pus. — Examen des cultures, par M. Dubief (communiqué par M. Gastou, interne des hôpitaux et élève du laboratoire de M. Dubief).

A la suite de l'incision opératoire, faite le 29 juin, les tubes ensemencés sont mis à l'étuve.

30 juin. — *Gélatine* : intact.

Agar. — Végétations de microbes sans caractère tranché. La culture est blanchâtre, étalée.

2 juillet. — *Gélatine*. — A un centimètre de la surface libre de la gélatine, commencement de végétations sous forme d'un point gros comme une tête d'épingle.

Agar. — La culture occupe toute la surface libre sous forme d'une masse étalée et blanchâtre. Une parcelle de culture est déposée à l'aide d'un fil de platine stérilisé sur une lamelle. Elle est d'abord examinée à l'état pur, puis colorée à l'aide d'une solution aqueuse de fuschine.

On aperçoit des micrococcus, des diplococcus et des chaînettes en très grande quantité.

4 juillet. — *Gélatine*. — Se liquéfie, et la culture a la forme d'un cône à base supérieure.

Agar. — La culture est restée stationnaire.

De l'ensemble des caractères de culture, il résulte que les microbes contenus dans le pus de l'abcès appartiennent au *micrococcus pyogenes albus*.

On ne peut conclure de cet examen à l'absence de bacilles de Koch, la culture faite dans ces conditions ne pouvant la déceler, et l'examen microscopique du pus avec

coloration étant nécessaire pour affirmer que l'abcès est ou n'est pas tuberculeux.

Quand j'ai demandé un examen bactériologique, au moment de l'ouverture de l'abcès, je soupçonnais la possibilité d'une périchondrite tuberculeuse; l'examen qui m'a été communiqué n'était pas tout à fait catégorique, comme on vient de le lire dans les dernières lignes; mais en raison de la marche rapide de l'affection, de sa guérison complète, non seulement après l'opération, mais persistant quelques mois ensuite, il m'est permis de conclure, malgré la lacune signalée par l'auteur de l'examen microbiologique, que notre malade n'a pas été atteint d'une affection de nature tuberculeuse. J'avais supposé la possibilité de cette origine en raison du temps assez long mis par les abcès à se développer, mais la marche de l'affection a suffi pour écarter cette hypothèse.

Dans ma deuxième observation, les abcès se sont développés un peu plus d'une semaine après le traumatisme, une chute; les signes physiques ont été les mêmes que chez la femme, les abcès ont dû être ouverts et la guérison a été très rapide. La déformation du nez a été semblable à celle observée dans le premier cas, sans qu'il ait été possible par l'examen de trouver une altération appréciable de la cloison, tout au moins dans la partie antérieure. L'examen bactériologique n'était pas aussi nécessaire que dans le cas de la femme, et n'a pas été pratiqué.

Ainsi donc, nous avons pu observer presque simultanément deux cas d'abcès de la cloison, avec la même déformation; chez l'enfant, le traumatisme en a été la cause, et, conformément à l'observation des auteurs classiques, les abcès se sont développés sur la paroi antérieure de la cloison, et ils ont été symétriques; enfin, les téguments du nez ont été le siège de tuméfaction, et la sensibilité était très vive.

Dans une annotation dont M. Moure a accompagné le très court article sur la matière du traité de Morell Mackenzie traduit par lui (*Traité des maladies du nez*, p. 285), cet auteur affirme qu'après l'ouverture de l'abcès, le dos du

nez s'affaisse par suite de l'élimination d'une portion du cartilage de la cloison ; dans notre cas, la déformation a été antérieure à l'ouverture de l'abcès, et après cette ouverture nous n'avons constaté aucune perforation de la cloison. Du reste, cette perforation est extrêmement rare dans ces cas, et quand elle se produit, Mackenzie dit qu'il en résulte rarement une perforation permanente.

Comment donc peut-on expliquer dans ces cas la déformation que nous venons de décrire. Je n'ai pas constaté l'élimination d'une partie du cartilage (explication de M. Moure) dans nos deux cas), et pourtant si l'affaissement du nez se produit, il est naturel de supposer qu'il existe une altération du support du nez. Mais lorsque la cloison cartilagineuse est atteinte au niveau de ces abcès, c'est-à-dire à la partie antérieure, il ne peut y avoir d'affaissement. Ne voyons-nous pas très souvent, à ce niveau, de grandes perforations de cause syphilitique ou autre, sans affaissement du nez ?

C'est donc plus en arrière que la cloison doit être altérée pour être suivie de la déformation que nous venons de signaler, et ce ne peut être qu'à l'union de la cloison cartilagineuse avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et surtout avec le vomer. Une altération de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde qui serait en arrière de ce point n'amènerait pas non plus de déformation ; nous avons, à l'appui de ce que nous avançons, eu l'occasion d'observer chez une femme un cas de nécrose des os du nez et de la lame perpendiculaire, de cause syphilitique ; les os du nez et la lame perpendiculaire étaient perforés, et il n'y avait *aucune déformation* ; la perforation de la lame perpendiculaire se ferma, et on observa chez le malade une autre perforation de la partie inférieure de cette lame ou peut-être même du corps du vomer, sans qu'il en résultât de déformation. L'explication était assez simple ; ces lésions n'intéressaient pas les points de jonction ou de suture des os et cartilages.

Pour appuyer notre manière de voir, nous invoquerons les expériences de Daniel Mollière, chirurgien lyonnais très réputé et mort récemment pendant l'épidémie d'influenza.

D. Mollière a démontré que les déformations que j'ai décrites se produisaient très aisément quand la cloison cartilagineuse se luxait soit sur la lame perpendiculaire, soit surtout sur le vomer. Il a pu reproduire sur le cadavre ces luxations et créer les déformations qui se sont montrées chez nos malades. Ces expériences sont relatées par un élève de D. Mollière, M. Chevallet, dans une thèse de doctorat, soutenue en juillet 1889 devant la Faculté de Lyon et ayant pour titre : *Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré*. L'auteur dit à la page 40 que la disjonction du cartilage au niveau de son insertion osseuse entraîne souvent avec la déviation latérale une dépression dorsale pouvant aller jusqu'à l'aplatissement complet de la pointe du nez. Le cartilage de la cloison, dans un choc dirigé d'avant en arrière, se sépare du vomer et, glissant sur l'une des parois de la cloison osseuse, produit dans ce mouvement de descente la dépression dorsale que l'on constate au-dessus du lobule. » Plus loin, il nous dit que son maître, D. Mollière, s'est assuré souvent de ce fait non seulement dans des autopsies, mais en expérimentant sur le cadavre. On obtiendrait cette disjonction en frappant sur le nez et, plus facilement, de la façon suivante : « Quand on pénètre par la partie postérieure des fosses nasales sur une tête coupée au ras de l'atlas, et qu'à l'aide d'un bistouri on sépare du vomer la cloison, si on tire sur cette cloison d'avant en arrière, le nez se déformera au niveau des os propres, comme dans les fractures produites par un coup ; la fracture du nez, dit Mollière, est une luxation de la cloison sur le vomer.

Nous pensons que c'est là le mécanisme de la déformation que nous venons de décrire chez nos malades, et c'est ainsi que nous pourrions expliquer une déformation de cette nature, relatée par M. Michelson, de Königsberg, chez un syphilitique qui, à la suite d'un *traumatisme*, eut des abcès et une difformité semblable à celle que je viens de décrire (*Ueber Nasen Syphilis, Sammlung klin. Vorträge*, 1888).

Il est vrai qu'une de nos malades nie tout coup, toute contusion, ou tout choc sur le nez, mais nous ne sommes pas

sûr que cette femme nous ait dit la vérité. « Dans le doute, pensant à quelque abcès par congestion venant d'un os malade, tuberculeux (*lésion bien rare pourtant en cet endroit*), nous avons été amené à provoquer un examen bactériologique qui n'a pas été conforme à cette manière de voir. Du reste, nous l'avons dit, la marche de l'affection a suffi pour juger la nature anodine de la maladie. Nous pensons que la rareté des descriptions de l'affection que nous venons de décrire, rareté telle qu'un praticien aussi répandu que Morell Mackenzie n'en avait observé qu'un cas au moment où il écrivait son livre, et qu'on ne la trouve même pas décrite dans les ouvrages de Moldenhauer, de Voltolini et de Bosworth, légitimait cette description. Les longs développements dans lesquels nous sommes entré pour expliquer la déformation intéresseront certainement les membres de la section ; enfin l'examen bactériologique du pus de ces abcès, fait pour la première fois, à mon instigation, dans un des cas que je viens de rapporter, donnera aussi à ce petit travail un intérêt particulier.

III

LES MICROORGANISMES DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE ET LEURS COMPLICATIONS

Par le Professeur **G. GRADENIGO**, de Turin
(lu au Congrès de Berlin 1890).

Au cours de l'année scolaire 1889-90, j'ai entrepris, de concert avec les D^{rs} Bordoni-Uffreduzzi et Penzo, des observations bactériologiques sur la sécrétion des otites moyennes purulentes aiguës et chroniques.

Dans les otites aiguës provoquées par l'épidémie récente d'*influenza*, comme dans les formes genuines, nous avons trouvé les mêmes microorganismes, c'est à-dire sur 10 cas :

Diplo-streptococcus (pneumococcus de Fränkel) en cultures pures dans 6 cas;

Diplo-streptococcus et *staphylococcus pyogenes albus et aureus* dans 1 cas;

Staphylococcus pyogenes albus dans 2 cas;

Staphylococcus pyogenes albus et aureus dans 1 cas.

Le diplo-streptococcus que nous avons isolé possédait toutes les qualités principales caractéristiques du *diplococcus lanceolatus capsulatus* en état d'atténuation initiale, et, en outre, il n'offrait le caractère d'aucun développement, ou bien il offrait celui d'un développement extrêmement peu accentué, dans le sérum de sang de veau, simple ou solidifié. Dans l'agar-agar, il se développait sous forme de chaînes; dans le sang des animaux inoculés, il se développait sous forme de *diplococcus* et s'entourait de capsules, ce que ne font jamais les autres *streptococcus* connus jusqu'à présent. En outre, les cultures en agar-agar, même tenues dans les conditions les plus favorables au développement du microorganisme, perdaient leur vitalité au bout de deux à trois jours.

Ces propriétés du *diplococcus* de Fränkel, en état d'atténuation, servent peut-être à expliquer les divergences des résultats obtenus, par les différents observateurs, dans les recherches bactériologiques faites récemment sur l'*influenza* et sur ses complications, recherches dans lesquelles quelques-uns ont trouvé le *diplococcus* de Fränkel en prédominance, et d'autres, au contraire, une forme de *streptococcus*.

Dans les *otites purulentes chroniques*, en même temps que les coccus pyogènes, nous avons trouvé aussi de nombreuses formes saprogènes, parmi lesquelles le *Prpteus vulgaris* de Hauser; de plus, nous avons constaté que la sécrétion des otites purulentes, dans lesquelles on pratiquait d'abondants lavages au sublimé à 1/2 et à 1 0/00, contenait une très petite quantité de microorganismes qui ne se développaient pas dans les cultures. Ce fait prouve la grande efficacité du traitement au sublimé dans les otites purulentes.

IV

LES NÉVRITES DE L'ACOUSTIQUE PROVENANT
DE MÉNINGITE

Par le Professeur **G. GRADENIGO**, de Turin
(lu au Congrès de Berlin 1890).

J'ai continué cette année les recherches sur cette question déjà étudiée par moi dans de précédentes publications (1). J'ai pu constater que les infiltrations purulentes graves bilatérales du nerf acoustique et du nerf facial dans le conduit auditif interne, qui peuvent provoquer la destruction des faisceaux nerveux du nerf cochléaire, dans le point où ceux-ci se désagrègent pour pénétrer à travers la *tabula-cribrosa*, sont des symptômes, je pourrais presque dire constants, non seulement dans les méningites cérébro-spinales, mais aussi dans les méningites otitiques et dans les méningites tuberculeuses. Dans un seul cas (sur 14) où la méningite avait amené en quelques heures la mort du malade, et où, par conséquent, les lésions méningitiques n'avaient pas eu le temps de se développer, je constatai l'absence d'altérations dans le conduit auditif externe.

L'examen bactériologique des coupes microscopiques me permit, en outre, de reconnaître dans le pus qui entourait les nerfs VII et VIII dans le conduit auditif externe l'existence des mêmes microorganismes qui, dans ce cas particulier, avaient provoqué la méningite, savoir : du *diplo-streptococcus lanceolatus* dans la méningite cérébro-spinale, des bacilles de Koch dans la méningite tuberculeuse.

De plus, je pus rencontrer dans la muqueuse de la paroi vestibulaire de la caisse l'existence de ces microorganismes pathogènes dans le voisinage du canal de Fallope, de sorte

(1) Cfr. Comptes rendus du Congrès otologique de Bruxelles 1888, et du Congrès otologique et laryngologique de Paris 1889, et *Ann. mal. or.*, 1888 et 1889.

que je serais disposé à croire que ce canal constitue dans la méningite cérébro-spinale la voie de transmission du virus, du conduit auditif interne à l'oreille moyenne; la pathogénèse des otites moyennes purulentes, qui succèdent si fréquemment à l'otite interne provenant de méningite cérébro-spinale, se trouverait ainsi expliquée.

V

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MORPHOLOGIQUE DE L'ANTHÉLIX DANS LE PAVILLON HUMAIN

Par le Dr **G. GRADENIGO**, docteur d'otologie à Turin.

Le pavillon de l'oreille, chez l'homme, représente, comme il est démontré par l'embryologie et par l'anatomie comparée, le résultat d'un processus de réduction du pavillon très bien développé de certaines classes de mammifères. Chez les mammifères, où le pavillon atteint un degré supérieur de développement pour remplir les fonctions d'organe collecteur des sons, et est mû par des muscles spéciaux, nous trouvons que la lame cartilagineuse, qui constitue la partie essentielle, est parcourue par des bandelettes épaissies, tout à fait analogues aux nervures des feuilles végétales et qui, comme ces dernières, ont pour but de donner la rigidité nécessaire à la lame elle-même.

Ces bandelettes peuvent se grouper, comme je l'ai indiqué dans un de mes articles (1), en deux systèmes principaux : celles qui suivent une direction longitudinale, c'est-à-dire qui courent du sommet à la base du pavillon, perpendiculaires à la ligne d'implantation du pavillon lui-même (bandes longitudinales); celles qui ont une direction

(1) Die Formentwicklung d. Ohrmichel (*Centralblatt f. d. Mediz. Wissensch.*, 1888).

parallèle à la base suivent un parcours concentrique et ont été désignées par moi comme *anthélix*, parce qu'elles sont analogues à la bande qui s'appelle *anthélix* en anatomie humaine.

Chez les mammifères, les bandes de l'un des systèmes se continuent fréquemment dans celles de l'autre.

Les bandes longitudinales, très marquées dans les pavillons des embryons de brebis, de bœuf, etc., furent constatées par Schwalbe et plus tard aussi par moi dans le pavillon de l'embryon humain, dans un stade déterminé de développement, comme apparition transitoire. Une bandelette qui rentre dans le système des bandes longitudinales indiquées se rencontre comme anomalie dans le pavillon humain, dans ce qu'on appelle *tripartition de l'anthélix* : elle est représentée par le troisième *crus* anomal, qui, se détachant, ou du point de bifurcation ordinaire de l'anthélix, ou de la moitié environ du *crus superius*, se dirige en arrière et en avant vers le nodule de Darwin.

Dans quelques cas, j'ai pu constater chez l'homme, convergeant avec cette dernière, vers l'arrière, mais beaucoup moins marquée, une seconde bande, qui rentre, elle aussi, dans la catégorie des bandes longitudinales.

Les bandes transversales à l'axe longitudinal des pavillons sont mieux représentées chez l'homme ; elles sont fournies : a) par le corps et par le *crus superius* de l'anthélix ; b) par le *crus inferius* de l'anthélix qui représente — comme Schwalbe l'a démontré d'après l'anatomie comparée, et comme il résulte de mes recherches embryologiques — quelque chose de bien distinct du reste de l'anthélix.

Maintenant, je crois intéressant de rapporter que, parmi les anomalies du pavillon humain, j'ai pu reconnaître l'existence de deux bandelettes relevées que l'on peut interpréter comme *anthélix accessoires*. Comme je ne les ai vues indiquées par aucun auteur, je crois utile de les décrire brièvement.

1) Bandelette que l'on trouve très rarement complète ; elle constitue le prolongement en bas et en avant du *crus inferius anthelicis*, de manière qu'il en résulte une bandelette

qui, bien qu'elle soit arquée en *S*, suit à peu près un cours parallèle au véritable anthélix, et s'arrête sur le plancher de la *cymba conchæ*, immédiatement au-dessus du *crus helicis*. D'ordinaire on n'en rencontre que la portion en rapport avec le *crus inferius anthelicis* ou celle qui court sur le plancher de la *cymba* comme ligne médiane isolée.

II) Bande concentrique au corps de l'anthélix (très rare).

VI

RHINITES ET SURDITÉS

Par le Dr SÉNAC-LAGRANGE

Ancien interne des hôpitaux, vice-président de la Société d'hydrologie
médecin aux eaux de Cauterets.

Suite (Voir les nos 3, 6 et 7).

IV

On connaît le syndrome qui fait la maladie de Ménière. Au milieu d'une bonne santé apparente (syphilis ancienne ou précocce) ou sur une otite en évolution, sur des troubles dyspeptiques, à l'occasion d'une maladie générale (méningo-encéphalite, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, diphtérie, phtisie), un individu est pris d'étourdissements, de vertige, de tintements d'oreilles, de nausées, de vomissements. Est-il au lit, il lui semble que son lit se détache du sol. Est-il levé, la station debout, la marche, sont impossibles : les objets tournent, le sol se dérobe, sensation de chute, propulsion autour d'un axe horizontal ou vertical, tantôt du côté de l'oreille lésée, tantôt du côté opposé. En même temps, audition perdue d'un seul ou des deux côtés à la fois, momentanément, pour un temps, complètement, ou du moins très affaiblie, et alors surdité pour certains groupes de sons (sons élevés, sons bas). La maladie de Ménière, qu'en s'en référant au symptôme dominant il est préférable d'appeler vertige

de Ménière, répond-elle à une lésion, est-elle un trouble fonctionnel, ou indistinctement l'un et l'autre ?

En 1887, Gellé rapporte trois autopsies de malades qui avaient présenté pendant de longues années le syndrome de Ménière (1). Il ne trouve que des lésions de l'oreille externe et moyenne, soit un bouchon de cérumen dans un cas, de la sclérose de la caisse dans un autre (soudure et immobilisation des osselets), et pas d'altération de l'oreille interne. Donc pas d'autre mécanisme à faire intervenir qu'une compression des liquides du labyrinthe.

Chez des arthritiques, au moment de la ménopause (2) principalement, c'est-à-dire alors que le molimen congestif entre plus particulièrement en jeu, le vertige de Ménière peut survenir d'emblée (vertige, troubles auditifs, vomissements, surdité). Les vertiges diminuent, la surdité persiste. Comme tous les accès, il se répète avec des caractères de périodicité ou d'intermittence en rapport eux-mêmes avec l'inconstance et la lenteur de production de la surdité. Cette forme légère relève de troubles vasomoteurs congestifs, si l'on en juge par les résultats excellents du sulfate de quinine, qui interviendrait par son action décongestive.

Dans un ordre de faits analogues rentre le vertige lié aux troubles dyspeptiques, manifestation viscérale d'arthritisme. Les relations qui existent entre le nerf vague et le nerf auditif dans la moelle allongée expliqueraient le retentissement (3) qui apparaît comme un soulèvement phénoménal de force. Ce trouble fonctionnel peut devenir lésion matérielle, c'est-à-dire névrite ascendante du pneumogastrique (Cuffer, *Rev. de méd.*, 1890). Le vertige, en tant que trouble fonctionnel, se rencontre encore dans le tabes (4). On l'a vu survenir dans l'enfance sous forme d'attaques passagères; plus tard, ces attaques devenaient plus fréquentes; enfin, 15 et 25 ans après, le tabes se montrait. Au surplus, le syndrome ne varie pas. Ce sont toujours phénomènes

(1) Moos rapporte un fait analogue. (*Ann. mal. or. lar.*, t. VI, p. 299.)

(2) La ménopause agit en réveillant des phénomènes constitutionnels du côté des oreilles, furoncles, eczéma, pour l'oreille externe; irritation myringitique, catarrhe, pour l'oreille moyenne; troubles hyperémiques pour l'oreille interne, ainsi que l'a mis en évidence E. Ménière dans un intéressant travail. (*Ann. mal. or. lar.*, t. XI, p. 75 et 251.)

(3) D'après Ménière, l'irritation de l'estomac retentit par l'intermédiaire du pneumogastrique sur le ganglion cervical inférieur, d'où troubles réflexes de la circulation de l'artère vertébrale et des vaisseaux de l'oreille interne et sensation de vertige, etc.

(4) Sur 24 tabétiques, Marie et Walton observent 17 fois des troubles auriculaires.

de déséquilibre, troubles auriculaires consistant en bourdonnements, bruits musicaux. Quant à l'audition, elle reste normale, ou elle est diminuée ou complètement perdue. Si la perte de l'audition est à l'actif du nerf auditif proprement dit, le vertige, alors que l'audition est conservée, indiquerait une lésion de la branche vestibulaire et des canaux semi-circulaires dit nerf de l'espace. Et cependant, dans deux cas d'autopsie de vertiginés tabétiques, Lucæ ne trouve que des lésions de l'oreille moyenne; l'oreille interne est saine.

Le vertige reste également trouble fonctionnel dans la sclérose en plaques, lésion par excellence d'arthritisme, comme toute sclérose.

Mais voici venir la lésion et les maladies qui lui donnent naissance. De ces lésions, l'hémorrhagie (1) est la plus commune; elle se fait particulièrement dans les canaux semi-circulaires (Moos). Des maladies qui la provoquent, la plus ordinaire est la syphilis, syphilis secondaire précoce et tertiaire.

Enregistrons d'abord les faits simples. Après une ou plusieurs attaques subites, une surdité bilatérale survient. Les antécédents syphilitiques bien avérés, un traitement spécifique améliore ou guérit cette surdité et le vertige qui l'accompagne; parfois le traitement est impuissant.

Est-ce toujours une hémorrhagie qui a été la lésion? Les faits anatomiques prouvent que les troubles auriculaires sont aussi sous l'influence d'une périostite, d'une infiltration cellulaire hyperplasique.

Quand c'est une diminution progressive de l'audition qui a lieu, le vertige de Ménière est le prélude d'une syphilis cérébrale qui se traduit par des lésions osseuses avec complication du côté du nerf auditif, des méninges, de l'encéphale, lésions influencées en bien par le traitement spécifique, et bientôt suivies de lésions spécifiques (hyperplasie cellulaire des canaux semi-circulaires, entre la partie osseuse et membraneuse notamment).

Pourquoi dans certains cas, comme dans la syphilis précoce, la syphilis congénitale, l'action du traitement est-elle nulle?

(1) Dans un cas, Ménière trouve une exsudation hémorrhagique dans les canaux demi-circulaires étendue à un faible degré au vestibule.

Dans deux faits cités par Politzer et Voltolini, à la suite de fissures du rocher, on trouva : à droite, le labyrinthe rempli de sang coagulé, avec un ramollissement des parties membraneuses; à gauche, le labyrinthe rempli d'un liquide sanguin et purulent, avec destruction des parties membraneuses. Dans les deux cas, il existait une méningite de la base.

Serait-ce parce que ces attaques successives, bien qu'assez lointaines, séparées par des intervalles où l'audition, bien que légèrement amoindrie, est cependant restée dans un physiologisme assez normal, ont préparé le terrain à des lésions plus étendues et plus profondes? Ne serait-ce pas plutôt pour la même raison générale qui a fait la syphilis précoce et affaibli les résistances générales, et qui, dans un autre moment, ne permet pas la participation de l'organisme à l'action du traitement spécifique, toute action médicamenteuse n'aboutissant qu'à la condition d'être aidée par des qualités organiques, que l'état constitutionnel établit? Ne nous étonnons donc pas si, la lésion vestibulaire restant le point de départ et l'origine du vestige, l'expérimentation (1) vient ici contrôler la clinique, elle n'en est pas fatalement l'occasion et la raison. Dans un cas, observé par Moos, d'hémorragie des canaux semi-circulaires, les symptômes pathognomoniques faisaient défaut. Dans nombre d'autres cas, ni l'inflammation, ni l'hémorragie, pas plus que l'absence congénitale des canaux semi-circulaires, n'ont donné lieu au vertige de Ménière, et les affections multiples qui agissent par leurs complications sur l'oreille interne et entraînent des lésions dans le vestibule et les canaux (méningite cérébro-spinale, leucémie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives) peuvent aboutir et aboutissent souvent au même fait. Aussi certains auteurs (Baginski) ont-ils déplacé le siège anatomique du symptôme de Ménière pour le transporter au cervelet (Moos) (2), oubliant qu'il n'est pas d'organes dont les lésions soulèvent fatalement les phénomènes symptomatiques

(1) En divisant d'un seul ou des deux côtés à la fois le canal demi-circulaire horizontal chez un animal, Flourens a vu que la tête et fréquemment le corps exécutent des mouvements rotatoires de droite à gauche ou de gauche à droite. Un seul canal était-il intéressé, l'animal avait tendance à tomber en avant ou en arrière; plusieurs canaux étaient-ils intéressés, il en résultait une combinaison de mouvements désordonnés. Goltz cherche à donner l'explication du phénomène. Des deux faisceaux du nerf auditif, le faisceau cochléaire est le nerf spécial de l'audition. Les canaux demi-circulaires seraient l'organe du sens de l'équilibre de la tête et, par suite, de tout le corps. Les nerfs des ampoules et des canaux dans leur terminaison seraient excités par pression ou par tension. Le liquide contenu dans les canaux demi-circulaires ou endolymphe, obéissant aux lois de la pesanteur, distendrait davantage les parties déclives. Ces dernières changeant à chaque mouvement opposé, il en résulterait une excitation nerveuse correspondant à chaque position de la tête. La perception cérébrale de cette excitation constituerait le sens de l'équilibre.

(2) *Rev. sc. méd.*, t. XX, p. 715.

Le syndrome de Ménière se rencontre dans un grand nombre de maladies très diverses des centres nerveux : méningite épidémique, syphilis cérébrale, ataxie locomotrice, hystérie.

(l'atonie générale et locale dominant alors). Le centre du sens de l'équilibration paraissant être le cervelet (1), les lésions qui y sont localisées provoqueraient le vertige tout comme les altérations de l'appareil terminal. La vraie provocation au vertige apparaîtrait dans la méningite cérébro-spirale où se rencontrent les lésions du centre et de la périphérie, où les lésions labyrinthiques sont la propagation de lésions intracrâniennes, où l'un des côtés étant affecté, l'autre se prend dans les mêmes conditions d'inflammation, hémorragique ou suppurative, de l'appareil nerveux terminal.

Dans la surdité suite d'oreillons, nous observons une surdité subite et complète se compliquant de vertige. Et comme dans les mêmes conditions on a été à même de saisir une névrite optique avec atrophie consécutive, on en conclut à une lésion terminale du nerf labyrinthique du même genre (2). La lésion peut être moins fixe, transitoire, de nature congestive : après un à deux mois, on assiste alors à une amélioration ou une disparition de tout phénomène.

Le vertige de Ménière se rencontre encore dans la syphilis héréditaire. Comme pour la syphilis acquise, la surdité est bilatérale [lésion du plancher du 4^e ventricule (Keph, Trœltch), lésion du nerf auditif et de ses ramifications (Hutchinson)], brusque, non influencée par le traitement mécanique ; le diapason n'est entendu ni par les os, ni par l'air, ou moins par les os que par l'air ! Quand la paralysie faciale s'y ajoute, on a à craindre des lésions de la base du crâne, et les lésions de la périphérie quand les troubles psychiques surviennent.

Ajoutons qu'en outre du vertige et des troubles de l'équilibre il se produit aussi des troubles d'un autre ordre : bruits musicaux, bruits de cloches, sifflements simples ou renforcés, etc.

En résumé, le vertige de Ménière peut être pris dans un sens général et dans un sens restreint. Dans le dernier cas, c'est soit une compression, un ébranlement, soit une irritation anormale de l'appareil nerveux des canaux semi-circulaires, produit le plus souvent

(1) De fait, le point de départ des réflexes étant les canaux demi-circulaires, le cervelet étant le centre des impressions motrices, sa lésion entraînerait les accidents d'incoordination, comme la lésion des points originels bulbaires entraînerait les vomissements et la lésion de zones idéo-motrices cérébrales, les troubles sensationnels du vertige (régions postérieures des lobes cérébraux, coin).

(2) De l'ophtalmoscopie dans les maladies de l'oreille. (Calmettes, *Progrès médical*, 1882.)

par un accès de pression du liquide intérieur (1). Dans le sens restreint, c'est un état inflammatoire aigu ou chronique des mêmes canaux membraneux (2). Encore faudrait-il ajouter que la lésion n'agit que si elle trouve des qualités de tissus, une sensibilité de réaction générale et locale (arthritisme) qu'on ne rencontrerait que dans des conditions de faiblesse ou d'atonie (lymphisme). Cet état inflammatoire, plus souvent secondaire que primitif, peut être localisé aux canaux semi-circulaires, au nerf acoustique, plus souvent aux canaux semi-circulaires et au labyrinthe, quelquefois à l'oreille interne et à l'oreille moyenne; plus rarement il est localisé à l'oreille interne, moyenne et interne, suivant le point de départ, la généralisation de la complication de la maladie primitive.

Voltolini a décrit une otite labyrinthique aiguë primitive. — C'est une maladie vive, aiguë, avec fièvre, céphalalgie et vomissement. Après 24, 48 heures, 3 jours, rétrogradation des phénomènes, mais surdité le plus souvent bilatérale et troubles de l'équilibre. Mais est-ce bien là une maladie primitive? N'aurait-on pas affaire à une méningite? A l'autopsie d'un sourd-muet, Meyer trouve la membrane des ventricules du cerveau et cervelet épaissie; sur le plancher du 4^e ventricule, il n'y a plus trace de stries auditives. Dans un second cas, épaississement analogue de la membrane ventriculaire, stries auditives diminuées de volume.

Il n'y a pas de méningite, dit Voltolini, à l'opinion duquel se range Ladreit de Lacharrière, car il n'y a pas lésion du facial accompagnant le nerf acoustique, de plus la maladie habituellement guérit.

Qu'avec le même appareil symptomatique, répond le professeur Duplay (3), ce soit l'amaurose au lieu de la surdité qui survienne, on trouve des lésions de choréïdite, de névro-réti-

(1) Les faits de pression nés surtout à la suite de sclérose de la caisse ne sont pas les seuls à signaler. Supposons un épanchement de matières purulentes ou sanguines dans la caisse. Il se fait une compression du tympan de dedans en dehors, et, par suite, une attraction de la chaîne des osselets, une décompression, une dilatation des liquides du labyrinthe. Et cependant, d'après Bonnafont, les phénomènes nerveux sont à peu près les mêmes. (*Ann. val. or. lar.*, t. VIII, p. 9.)

(2) La paralysie soudaine des nerfs ampullaires d'un seul côté ne provoquerait pas le vertige; de même de la destruction lente de l'appareil nerveux vestibulaire. Au contraire, l'inflammation hémorragique ou suppurative aiguë du même appareil entraînerait des phénomènes de vertige.

(3) *Pathol. externe*, t. IV.

nite consécutive à la méningite. Pourquoi dans un cas des lésions secondaires, dans un cas identique des lésions primitives?

Spécifions encore. Voici la méningite tuberculeuse! Quelles sont les lésions communes et leur siège? En tout ou en partie, des nodules caséux disséminés dans la substance du cerveau. Exsudat plus ou moins léger dans les méninges. Infiltration purulente avec quelques points hémorragiques du péricrâne, de l'épinièvre, de l'endonèvre des nerfs facial et acoustique jusqu'au ganglion géniculé et à la *tabula cribrosa*, s'étendant parfois jusqu'au ganglion de Rosenthal du premier tour de spire de la cochlée. Labyrinthe sain en partie ou en totalité. Oreille moyenne saine ou catarrhe muqueux ou purulent.

Dans la méningite purulente, suite d'otite moyenne, lésions générales. Foyers purulents à la convexité et à la base du cerveau, sur le cervelet. Névrite purulente de l'acoustique et du facial, compression et destruction des faisceaux jusqu'au ganglion de Rosenthal du premier, second, troisième tour de spire. Otite moyenne purulente. Hémorragies sous-épidermiques du conduit auditif.

Dans la méningite cérébro-spinale, mêmes lésions purulentes ou hémorragiques, générales ou limitées à l'oreille interne, et dans celle-ci même, aux nerfs acoustique et facial.

En somme, processus inflammatoires et infectieux.

Dans les tumeurs cérébrales, ce sont le plus souvent des phénomènes de voisinage : infiltration lymphatique interstitielle et diffuse de la septième et de la huitième paire jusqu'à la limite habituelle, ganglion géniculé, *tabula cribrosa*, rarement jusqu'à l'origine du ganglion de Rosenthal.

Dans ce ou ces derniers cas, on peut rencontrer une surexcitabilité électrique du nerf auditif.

Symptomatiquement, est-il possible de distinguer une otite interne d'une maladie du nerf acoustique?

Dans l'otite interne, nous saisissons la diminution ou la suppression de perception de notes élevées, de certains bruits comme le tic-tac de la montre, alors que les notes basses et moyennes sont relativement bien perçues ; de plus, nous constatons ou une démarche incertaine, ou des accès de vertige en rapport avec la localisation du processus pathologique (vestibule, canaux demi-circulaires, spire basilaire du limaçon). Mais rien de moins fixe que les phénomènes dont le soulèvement est soumis aux qualités vitales des tissus et éléments.

On possède des cas où la perception des notes élevées n'était même pas atténuée, où les accès de vertige manquaient, même avec la surdité complète des mots, et Gradenigo a cité deux cas où les phénomènes se trouvaient renversés : diminution de perception de notes moyennes, perception de la montre et des notes élevées...

Il est incontestable que les processus endocraniens affectent moins le nerf auditif que le nerf optique. Les troubles nutritifs de l'acoustique (infiltration lymphatique, dégénérescence simple ou amyloïde, sarcome) se dévoilent ordinairement par une surexcitabilité électrique (1) anormale. Comme phénomènes plus communs de l'affection du nerf dans les maladies intracrâniennes, nous notons un type spécial de surdité, c'est la perception des notes élevées et du tic-tac de la montre, la suppression au contraire de la perception des notes basses et moyennes.

La surdité qui relève de l'hystérie se présente rarement seule, elle est accompagnée d'hémianesthésie totale ou partielle, parfois d'anesthésie bilatérale. Dans l'hémianesthésie totale, la perception auditive se montre nulle; partielle, les sensations douloureuses du tympan sont transformées en sensations de tact. Quant à l'audition, elle peut être moindre par les os du crâne que par l'air, nulle même, ou mauvaise pour les deux, notoirement pour les sons élevés... Subitement, on peut observer le transfert des troubles fonctionnels du côté affecté au côté sain.

L'anesthésie bilatérale est, en général, moindre d'un côté que de l'autre.

Enfin, la surdité nerveuse ou hystérique s'ajoute parfois à la surdité fonctionnelle ou matérielle par altération des tissus de l'oreille moyenne ou interne (2).

Dans la surdité traumatique, on a relevé de la surdité absolue pour quelques notes supérieures avec grande sensibilité pour les sons graves (3). Cette modification fonctionnelle ne durait que le temps limité à la guérison.

On a pu voir, à la suite d'écoulement de liquide encéphalo-

(1) La réaction électrique s'obtient par le courant galvanique à la force de 8 à 10 milli-amperes.

(2) Ouspenski cite un cas de surdité hystérique guéri dans les conditions suivantes : tympan presque entièrement détruit à droite; à gauche, tympan réduit à sa partie postérieure, qui paraît atrophiée. (*Ann. mal. or. lar.*, t. VII, p. 331.)

(3) *Rev. sc. méd.*, t. XX, p. 720. Quelques expériences tendraient à prouver que la portion supérieure du hmaçon est affectée à la perception des sons graves.

rachidien par l'oreille et de paralysie faciale par fracture de la base du crâne, la guérison se faire complète à l'endroit de tout trouble fonctionnel. D'autrefois, quelques troubles de paralysie faciale subsistent (lenteur, difficulté des mouvements de la langue par paralysie des filets du stylo-glosse et glosso-staphylins).

Les otologues expliquent la surdité qui accompagne le gonflement et l'hypertrophie amygdalienne par la phlegmasie chronique qui s'étend du pharynx à l'oreille moyenne par la trompe dont elle provoque le gonflement et l'obstruction. Quand le calibre de la trompe est normal, Renault conclut à une action réflexe de l'amygdale sur l'oreille.

V

Mais nous devons revenir aux lésions qui se montrent lésions d'espèce même dans les complications d'affections générales. Voici, chez un enfant de 12 ans, qui a été atteint de surdi-mutilité, suite d'encéphalite contractée à l'âge de 4 ans, les lésions rencontrées (1) à l'autopsie. Dans le limaçon : tissu osseux de nouvelle formation (aux dépens du périoste des deux rampes) mêlé à des réseaux de tissu conjonctif renfermant quelques cellules lymphatiques et occupant moitié de la rampe vestibulaire. Infiltration celluleuse du ligament spiral dans le deuxième et le troisième tour. Dans les canaux semi-circulaires, globules colloïdes et débris moléculaires dans les mailles de tissu conjonctif..., organe de Corti disparu en partie..., etc.

Chez un sourd-muet de naissance et âgé de 50 ans, Baratoux a trouvé les lésions suivantes (2) : hypertrophie de la paroi des vaisseaux de l'angle spiral, du vaisseau spiral médian et des vaisseaux de la zone striée de la membrane basilaire; épaissement de la gaine du nerf auditif, myéline granuleuse, etc., sclérose du ganglion du nerf, etc.

Dans la pachyméningite hémorragique, l'infiltration néoplas-

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. X, p. 60.

(2) Au point de vue microbien, nous remarquons un rapport particulier entre la diphtérie et la rougeole. Ce n'est pas un microbe spécifique, c'est un microbe accidentel, le streptococcus, qui paraît la cause des complications labyrinthiques. Mêmes troubles fonctionnels aussi dans ce cas, surdité totale et définitive, troubles de l'équilibration.

sique cellulaire a été retrouvée dans les vaisseaux et les rampes, près des lésions de dégénérescence.

Dans la méningite cérébro-spinale, au milieu de cas à forme purulente, en apparaissent quelques rares, où une néoformation conjonctive (Steinbrugge, *loc. cit.*, t. XII, p. 450) se retrouve dans diverses parties du labyrinthe (rampes).

Dans les maladies générales, le mode et la transformation purulente dominant, notamment dans les fièvres éruptives, varicelle et scarlatine compliquée de diphtérie (Moos). Dans la rougeole, bien qu'il y ait toujours tendance à la destruction des tissus, on trouve souvent des lésions susceptibles de retour à l'état normal, dégénérescence cireuse des muscles, dégénération colloïde de la moelle des os par thrombus dans les vaisseaux des canalicules de Havers, atrophie partielle des nerfs avec dégénérescence gélatineuse (t. XIV, p. 271, *loc. cit.*).

Dans la fièvre typhoïde : prolifération cellulaire ou transformation des cellules lymphatiques en corpuscules graisseux, épaississement, atrophie, transformation caséuse des tissus (*loc. cit.*, t. II, p. 375).

Dans un cas de surdi-mutité compliquée de phtisie (*loc. cit.*, t. XII, p. 359), néoplasme fibreux et osseux à gauche où s'ajoutaient les lésions d'une otite moyenne purulente chronique.

Dans la syphilis acquise, les hyperplasies connectives dominent, après des phases d'hypérémie (1).

Dans la syphilis héréditaire, c'est sous forme d'otite aiguë que la surdité débute, pour entrer ensuite dans le mode chronique (*loc. cit.*, t. XIV, p. 360).

Il n'est pas possible de ne pas établir, du reste, de rapport entre la syphilis acquise et la syphilis héréditaire, pour ce qui est des lésions qu'elles entraînent l'une et l'autre. Moos(2) nous a laissé la description suivante de lésions de l'oreille interne rencontrées par lui dans un cas de syphilis acquise : labyrinthe : périoste du vestibule épaissi, platine de l'étrier un peu tuméfiée, immobilisée; hyperplasie cellulaire entre les parois osseuse et membraneuse du vestibule infiltré par de petites cellules rondes ou ovales; le périoste de la lame spirale osseuse et la zone pectinée sont moins infiltrés que la région des dents et des arcs de Corti; infiltration cellulaire plus forte aux ampoules et aux

(1) *Ann. mal. or. lar.*, t. V, p. 62.

(2) Les raptus hémorragiques donnent seuls raison des formes subites.

sacs membraneux dans le tissu cellulaire qui les unit à l'enveloppe osseuse.

En d'autres termes, lésions provoquées par la syphilis, mais relevant toujours d'espèce. Les localisations syphilitiques ne sont-elles pas du reste provoquées dans leur siège par des affections auriculaires antérieures? (Després, Baratoux.)

Dans la tuberculose secondaire du labyrinthe, au milieu des bacilles de pénétration de l'oreille moyenne, on a vu dominer tantôt des processus de destruction (caséification, dégénérescence), tantôt des processus actifs (tissu de granulation et tissu conjonctif, formations osseuses).

Dans un cas de leucémie présenté par Politzer, au Congrès de Bâle (1885), du tissu cellulaire de nouvelle formation remplissait les canaux semi-circulaires, et dans la rampe vestibulaire la néoformation s'accusait (formation conjonctive et osseuse).

Vient-on à considérer les lésions dans l'oreille moyenne, on rencontre d'abord les lésions de tuberculose.

a. La tuberculose est plus ou moins généralisée, mais des lésions communes se montrent dans la caisse, lésions bien spécifiées : ce sont des catarrhes muco-purulents avec carie osseuse en plusieurs points (osselets, parois labyrinthiques), des catarrhes muqueux, avec sclérose généralisée et synéchies nombreuses (1); des lésions doubles : dépôts calcaires sur le tympan, périostite des osselets, prolifération cartilagineuse et osseuse de la fenêtre ovale, des ligaments des osselets, infiltration cellulaire de la muqueuse (tissu myxomateux) et dégénérescence graisseuse partielle.

b. La tuberculose est plus locale qu'elle est générale, commune ou avec bacilles. C'est l'otite suppurée avec bacilles 12 fois sur 40 cas. Dans 9 cas, la tuberculose pulmonaire existe.

c. La tuberculose est locale. C'est une infiltration, diffuse ou circonscrite dans la muqueuse, de jeunes cellules ou de cellules géantes, avec carie et bacilles en même temps.

Dans la muqueuse nasale, c'est du tissu de granulation, c'est-à-dire de prolifération cellulaire simple et forte qui, par la compression des vaisseaux, peut amener la nécrobiose du tissu et des ulcérations consécutives à fond irrégulier, à nodules gris jaunâtre, etc.

Le tissu de granulation peut être semé de nodules de cellules géantes et traversé de faisceaux fibreux. Ce tissu de granulation

(1) *Rev. sc. méd.*,

est composé de petits ou de gros éléments cellulaires qui, sur le cartilage, provoquent parfois une infiltration calcaire. Bref, nous avons affaire à un néoplasme qui tend à s'ulcérer et à se reproduire (1).

Qu'elle soit primitive (chancre de la trompe) ou secondaire, la syphilis provoque soit le catarrhe purulent avec carie (mur de la logette), soit la périostite de la caisse, l'otite sèche, scléreuse l'hyperplasie, ankylose, l'infiltration simple ou vasculaire du tympan.

La syphilis héréditaire amène des otorrhées avec carie, des lésions communes, en un mot, dont le traitement spécifique seul vient à bout.

On a vu la syphilis tertiaire amener la transformation fibreuse du tissu glandulaire et du tissu érectile de la muqueuse nasale (2), comme l'ostéite et la nécrose de la voûte nasale, etc.

Dans le diabète, la maladie de Bright, on a observé aux diverses périodes l'hyperhémie, l'œdème séreux ou hémorragique, soit de la caisse, soit du labyrinthe (surdité guérie avec le mal de Bright), ou l'épaississement, les exsudats, les indurations sclérotiques simples ou accompagnant des dégénération graisseuses partielles.

Quant à l'oreille externe, elle est le siège des manifestations arthritiques cutanées (eczéma, polypes, pityriasis), et aussi de la syphilis secondaire (syphilides papulo-érosives du conduit, exostoses), etc.

VI

Les considérations d'espèces se retrouvent donc dans le physiologisme de l'organe de l'audition comme dans ses états morbides. Mais la notion d'espèce étant générale, réclame nécessairement les médications générales pour lui être adressées, et celles-ci se présentent sous deux actions thérapeutiques, action excitante ou tonique, action altérante ou résolutive, correspondant aux lésions fonctionnelles (faiblesse ou force) d'où dérivent les lésions matérielles.

(1) Il en est de même de toute tumeur fibreuse plus ou moins maligne, sarcome, fibro-sarcome, cancer épithélial, lupus, etc. Petites tumeurs sessiles, dures ou friables, elles se développent dans les voies ouvertes (trompes, conduit), dans les sinus, deviennent perforantes, etc.

(2) *Rev. sc. méd.*, t. XXIV.

Ces actions doubles trouvent surtout à se réaliser dans les lésions de l'oreille moyenne en particulier, qui, par la complication et la multiplicité de ses tissus et organes, son siège, se trouve être la partie la plus atteinte et en même temps la plus accessible directement ou indirectement, par l'intermédiaire des fosses nasales.

Tous les spécialistes ont vulgarisé l'emploi des composés iodiques et alcalins, etc., sous toutes les formes, en médication générale et locale.

Les eaux minéro-thermales restent l'aboutissant de tous ceux que la médication artificielle n'a pas suffisamment modifiés : les otorrhées lympho-scrofuleuses trouvent dans les eaux sulfureuses des modificateurs par excellence des muqueuses affectées et des os ; les chlorurées arsénicales agissent plus intimement sur les scrofulides plus profondes, dans les scrofuls glandulaires et sur certaines manifestations cutanées ; enfin Vichy et le groupe alcalin s'adressent aux déterminations goutteuses.

Et comme d'un côté la muqueuse nasale, directement atteinte, (douche de Weber) propage par continuité l'action curative ; que de l'autre les lésions catarrhales qui relèvent du lymphisme sont plus accessibles à cette action, rien n'est plus commun que de voir près des sources sulfureuses des obstructions de la trompe par catarrhe, des catarrhes de la caisse, suite de rougeole et les surdités qui leur sont attachées disparaître en laissant le physiologisme normal réintégrer l'organe.

C'est là un effet complet, obtenu quand on agit sans retard et que viennent aider quelques douches d'air par la méthode de Politzer !

Mais les conditions physiques dans l'organe de l'ouïe tiennent une place prépondérante, et dès qu'elles ont été troublées par des lésions plus fixes, c'est à des moyens locaux et immédiats qu'il appartient d'y remédier, en sorte que le traitement général alors de supplémentaire devient complémentaire, quand il ne disparaît pas devant l'intervention opératoire. La raréfaction de l'air qui suit les obstructions primitives ou secondaires de la trompe, les gonflements-simples et les relâchements consécutifs du tympan, ses épaississements fibreux et ses réactions, tantôt le relâchement, tantôt l'ankylose des osselets, la parésie et la paralysie atrophique de l'étrier vis-à-vis la contracture de son antagoniste, le tenseur du tympan et leurs troubles fonctionnels, etc., ont nécessité des interventions particulières et différentes. Les modifications de la galvano-caustique sur la muqueuse nasale (Garrigou-Desarènes),

l'emploi de la douche d'air, les opérations en vue de remédier aux anomalies de tension du tympan, excision dans le cas de relâchement, incision simple et multiple dans les cas de tension exagérée et section du muscle tenseur (Weber-Liel, Paquet), se présentent dans leur ordre et leur importance, tout comme pour remédier aux fâcheux effets de l'ankylose sur l'audition se présentent tour à tour et les insufflations par la trompe combinées aux condensations d'air par le conduit auditif (méthode de Delstanche), et l'ébranlement des osselet (Lucæ, Hommel de Zurich), la mobilisation de l'étrier de Miot et Boucheron, les excisions du marteau, l'enlèvement des osselets et le grattage de la caisse (Sexton), etc.

Et ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans le résultat de ces interventions, c'est toujours de saisir ce qu'il advient du physiologisme! or, on a vu après des excisions du tympan et des osselets après deux et trois ans l'amélioration et la guérison de l'audition se présenter dans le rapport de 75 et de 100 0/0. (*R. sc. méd.*, t. XVI, p. 683, et t. XXXI, p. 277.)

CORRESPONDANCE.

15 août 1890.

Mon cher Directeur,

Dans l'article *Rhinites et Surdités*, publié par le Dr Sénac-Lagrange dans vos *Annales des maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1890, je lis, page 2, en note: « Pour Calmettes, le retour de la fosse nasale à des dimensions normales, après guérison de l'ozène, ne fait aucun doute. » Permettez-moi de rectifier cette erreur dont je ne m'explique pas l'origine. Pour moi, l'ozène guérit par la disparition du catarrhe nasal. Le malade ne mouchant plus, ne sent plus mauvais, mais ses fosses nasales restent toujours larges, le cornet inférieur étant arrêté dans son développement.

Je vous prie, mon cher confrère, de vouloir bien insérer ma rectification et je vous exprime l'assurance de mes meilleurs sentiments.

R. CALMETTES.

DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE A FORME
SCLÉREUSE ET VÉGÉTANTE.

Les clichés des instruments qui nous ont servi à opérer
une partie de nos malades nous ont été envoyés trop tard

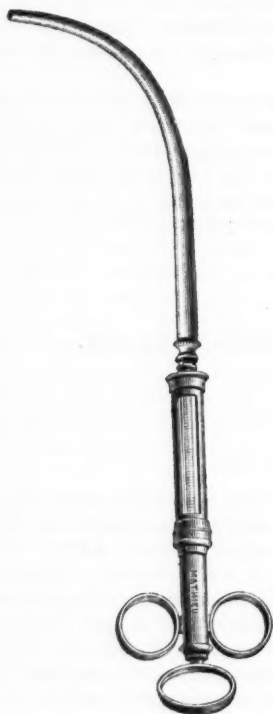


Fig. 1.

par la maison Mathieu pour pouvoir être annexés à notre
travail.

Le n° 1 représente la seringue de Beehag, le n° 2 représente notre pince coupante.



Fig. 2.

Nous regrettons de n'avoir pas eu le cliché de notre emporte-pièce.

A. G. et J. G.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société s'est réunie au Palais des Sociétés savantes, le 10 mai 1890, sous la présidence du Dr Fauvel; A. Ruault, vice-président; Ménière vice-président et trésorier; Saint-Hilaire secrétaire.

Les confrères dont les noms suivent se sont présentés comme membres actifs : Chervin et Saint-Hilaire, de Paris, Guément, de Bordeaux; Raulin, de Marseille; Madeuf, de la Bourboule, C. Corradi, de Vérone et Apakian, de Constantinople.

Le comité a été formé, pour Paris : MM. Gellé, Boucheron, Ruault et Saint-Hilaire; pour la province : MM. Suarez de Mendoza et Moure; pour l'étranger : MM. C. Corradi et Apakian.

PREMIÈRE SÉANCE.

Des Rhinolithes, par M. NOQUET (de Lille). — Après Mathias de Gardi (1502), Demarquay, West, Charazac, Hartmann etc., etc., se sont occupés des rhinolithes. Leur structure est toujours la même : un noyau central, corps étranger ou éléments épithéliaux en dégénérescence, entouré d'une enveloppe calcaire (phosphates, chlorures, carbonates), provenant des sécrétions lacrymales et nasales.

L'auteur raconte l'histoire d'un jeune homme de 18 ans, chez lequel existait une odeur ozéneuse. Larmoiement des deux côtés plus accentué à droite, pas de douleurs spontanées, ni à la pression. Au rhinoscope : dans le méat moyen droit, masse gris blanchâtre avec prolongements entre la cloison et le cornet moyen et entre la cloison et le cornet inférieur. Cette masse dépassait la cloison de 3 centimètres, et son bord inférieur était distant de un demi-centimètre du plancher. Consistance dure, rugosité. Ce n'était ni un corps étranger, ni un ostéome.

Extraction en plusieurs fois à l'aide de la pince. Fendu, le dernier fragment, gros comme une amande, long de un demi-centimètre, large de un, contenait au centre un morceau de soie

replié en forme quadrangulaire et mesurant déplié 4 cm 1/2 sur 2 cm 1/2. Son poids était de 0 gr. 13 centig.

Le résidu après analyse (phosphates et carbonates calcaires) pesait 1 gr. 75 centig.

Injections au chlorure de zinc à 30 0/0. Guérison en 16 jours.

Réflexions. 1° L'odeur ozéneuse, comme le dit Moldenhauer à l'encontre de Moure et Charazac n'est pas caractéristique de la rhinite atrophique; elle se rencontre dans les corps étrangers, et dans les lésions syphilitiques du nez.

2° Absence complète de réflexes produits habituellement par l'irritation nasale.

Quatre cas de Rhinolithiase, par M. RUAVLT (de Paris). — J'ai rencontré, dit l'auteur, seulement 4 cas de rhinolithes sur 3,000 malades.

1^{er} cas. Femme de 60 ans; depuis 20 ans écoulement purulent de la fosse nasale gauche, pas d'ozène. Névralgies sus-orbitaires et occipitales. Obstruction de la trompe et bourdonnements d'oreille. Corps étranger situé à la partie moyenne du plancher, entre le cornet inférieur et la cloison. La malade avait pris pendant longtemps.

2^e cas. Même siège, chez une femme de 35 ans; écoulement purulent, névralgies du maxillaire supérieur et cervico-occipital.

3^e cas. Balayeur âgé de 60 ans.

4^e cas. Officier de marine, 28 ans, névralgies, et sécrétion fétide. Fosse nasale droite en partie remplie. Cloison refoulée à gauche.

En Résumé : chez trois des malades, obstruction nasale, écoulement purulent et fétide, céphalalgie, névralgie cervico-occipitale du même côté que la lésion.

Bourdonnements dans un cas. Absence de troubles réflexes, si ce n'est chez une malade : accès d'éternuements avec rougeur vive de l'œil gauche et légère exophtalmie.

L'ozène ne s'est montré dans aucun de ces quatre cas.

La guérison a été rapide.

Discussion sur les rhinolithes.

M. MOURE (de Bordeaux). Les rhinolithes formés autour de corps étrangers ne sont pas rares; quant aux spontanés on les compte. L'odeur qui accompagne ces corps étrangers n'est pas

celle de l'ozène, qui se sent à distance : elle est analogue à celle des rhinites atrophiques syphilitiques ou des nécroses du nez.

M. RUAULT. Il n'y a pas de rhinolithes spontanés, ils se forment toujours autour d'un point d'appel, d'un noyau central. Ce noyau peut avoir existé et n'être plus trouvé au moment de l'extraction. L'analogie est complète avec les calculs vésicaux qui se forment toujours autour d'un élément préexistant : mucus, cellules épithéliales, distomes, etc. Galippe a démontré le même fait pour les calculs dentaires, dont le centre contient du tartre et des microbes morts. Pour qu'un corps étranger donne naissance à un calcul, il faut qu'il soit toléré; le plus souvent il détermine de la suppuration et est éliminé.

M. NOQUET. Je partage l'avis de MM. Moure et Ruault, le rhinolitha a presque toujours pour centre un corps étranger. Cependant il existe des cas douteux, les deux de Morell Mackenzie et celui de De Brun, dans lesquels il n'existait au centre qu'un liquide albumineux. On peut admettre dans ces cas que ce liquide a été le point de départ du rhinolitha, si toutefois le nez est étroit et s'il y a eu insuffisance d'élimination des sécrétions nasales. Certains ostéomes peu adhérents peuvent être confondus avec des rhinolithes (Garel, Charazac).

Pour ce qui est de l'odeur, elle était dans mon cas très difficile à distinguer de l'ozène vrai : Moldenhauer prétend que l'odeur ozéneuse n'est point caractéristique. Morell Mackenzie, dont Moure et Charazac ont annoté le livre, est de mon avis. Chez mon malade, pas de douleurs. Garel cite également l'absence de douleurs, mais a noté l'existence de phénomènes réflexes.

M. CHARAZAC (de Toulouse). Ne peut-on pas considérer les rhinolithes qui se forment autour d'amas de microbes, comme des rhinolithes spontanés?

M. RUAULT. En parlant de microbes, j'avais surtout en vue les faits de Galippe; autrement importante à discuter est la question de l'ozène.

Le syphilitique peut faire de la rhinite atrophique et de l'ozène vrai, surtout s'il a des pertes de substance. Quand on enlève un séquestre à un syphilitique ozéneux, il reste ozéneux malgré sa spécificité. Des faits analogues ont été souvent signalés. Il n'y a peut-être pas grande différence dans la plupart des cas.

M. GOUGUENHEIM. Je ne sais pas si chez les syphilitiques il y a vraiment rhinite atrophique ou un autre processus, mais il y

en a qui sentent bien mauvais. Chez la plupart, on trouve de l'atrophie, cela est certain. Est-ce pour cela qu'ils sentent? on n'en sait rien. Pour personne il n'est douteux que les rhinites tertiaires sentent la rhinite atrophique.

De l'auscultation du diapason-vertex et de l'audition par le sujet au moment de la déglutition, par M. GELLÉ (de Paris), (voir page 589).

Corps étranger de la bouche, par M. WAGNIER (de Lille).

Il s'agit d'un enfant de 15 mois qui tombe en tenant entre ses dents un morceau de bois, dont un fragment, long de 5 centimètres, reste dans le fond de la cavité buccale, du côté gauche. Hémorragie, puis douleurs intenses, fièvre, insomnies, gémissements, refus du sein. Le 4^e jour, écoulement d'un pus rougeâtre par l'oreille gauche. Amendement des symptômes.

A la suite d'exploration digitale de la cavité buccale, un peu de gonflement au-dessous et en arrière de l'oreille. Vers le 4^e mois, on voit dans le conduit auditif gauche, une masse rosée, polypiforme. Extirpation de fragments.

Au moment où le Dr Wagnier a examiné l'enfant, rien dans le pharynx, masses charnues polypiformes, baignant dans le pus et remplissant le conduit auditif. Au-dessous et en arrière de l'oreille, gonflement, empâtement profond de la région sans changement de coloration ni fluctuation; gonflement qui augmente ou diminue suivant que l'écoulement est plus ou moins abondant.

Apophyse mastoïde non douloureuse à pression. Perforation du tympan laissant passer le polype. Six curages successifs sans résultat. Écoulement difficile du pus, formation d'un abcès. Incision derrière l'oreille à 2 centimètres de profondeur, corps étranger dur, long de 4 centimètres et demi. C'était le morceau de bois.

Réflexions: Quelle a été la voie suivie par le pus pour pénétrer dans l'oreille moyenne? Est-ce par lésion de la trompe ou de la caisse? La voie de la trompe semble plus admissible.

Le Dr Carpentier, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lille, a fait des recherches à ce sujet sur le cadavre. Il en a conclu qu'une collection purulente développée dans le tissu cellulo-graisseux compris entre le pharynx, la colonne vertébrale et les vaisseaux du cou, d'une part; les muscles ptérygoïdiens et styliens, d'autre part, peut pénétrer dans l'interstice

compris entre les deux muscles péristaphylins et par là gagner la trompe très mince à ce niveau et constituée par un fascia fibreux très lâche et infiltré de lobules adipeux, de telle sorte que, même chez l'adulte, un stylet introduit dans la trompe est vu par transparence entre les péristaphylins. Le pus a suivi la voie de la trompe probablement parce que chez l'enfant l'ouverture tympanique est plus considérable, l'isthme moins étroit.

Il n'y a jamais eu écoulement de pus par le pharynx. La pression exploratrice faite dans les premiers jours de l'accident peut n'avoir pas été étrangère à l'issue du corps étranger en arrière du sterno-cléido-mastoidien.

Discussion : M. BOUCHERON. Chez l'enfant, le plancher inférieur du conduit auditif n'est pas le même que chez l'adulte, la paroi du conduit auditif externe bombe.

M. GELLÉ. A cet âge, le plancher osseux n'est pas encore complet.

M. NOQUET rappelle le cas de Lecerf (de Valenciennes). Un individu tombe avec une pipe dans la bouche; elle pénètre le pharynx et perfora le pilier antérieur.

M. RUULT. Et sans blesser les gros vaisseaux du cou.

M. GELLÉ a publié une observation analogue avec Baratoux. Un tuyau de pipe avait fendu le voile du palais. On croit l'extraire en entier; quelque temps après, suppuration de l'oreille. Cette suppuration semble être le résultat d'une disposition anatomique: le tissu cellulo-adipeux de l'isthme communie le long de la trompe.

M. FAUVEL signale le cas de Moure: Une balle entre par la joue et sort par le larynx. Il n'y a aucune règle anatomique pouvant expliquer le trajet des corps étrangers.

Coexistence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes, par le Dr BOUCHERON (de Paris).

Dans ces derniers temps, j'ai eu occasion d'observer 6 cas de fente de la voûte palatine, et mes six malades portaient en même temps une tumeur adénoïde des arrière-narines; l'un d'entre eux présentait une bourse pharyngée de Luschka. C'est là tout au moins une coexistence des plus remarquables. Si l'on devait reconnaître une relation de cause à effet entre la tumeur adénoïde et la fente palatine, on s'expliquerait facilement que le développement prématuré de la tumeur adénoïde

chez l'embryon, puisse s'opposer à la soudure du palais et, en outre, déterminer une brièveté anormale de la voûte osseuse palatine (Trélat) et une brièveté des cornets du nez (Boucheron). C'est là un exemple nouveau de la doctrine de Darwin, qui a signalé comment la variabilité — en trop — d'un caractère relativement secondaire, ici la tumeur adénoïde, peut produire la variabilité — en moins — d'un caractère anatomique important, ici la voûte palatine, dont le développement est interrompu. C'est chez l'individu un état d'infériorité. On ne serait pas en droit, par cela seul, de considérer la fente de la voûte palatine comme un stigmate de dégénérescence, quand le système nerveux présente un développement complet. Il en est autrement si la fente palatine coexiste avec un trouble de développement du système nerveux encéphalique, avec idiotie, paralysies secondaires, etc., etc.

C'est la même distinction qu'il faut faire entre le strabisme par suite d'une variation en moins de l'axe oculaire : hypermétropie, ou strabisme par variation en plus de l'œil : myopie. Ce ne sont pas là des strabismes de dégénérescence ; tandis que le strabisme concomitant des arrêts de développement encéphalique est un stigmate du premier chef.

Présentation de pièces microscopiques.

M. BOUCHERON présente des coupes microscopiques d'un embryon humain de 3 centimètres montrant la fossette de l'hypophyse, siégeant dans le pharynx, au point où chez l'adulte l'on trouve la bourse pharyngée. La fossette de l'hypophyse est considérée comme étant, dans un certain nombre de cas, le point d'origine de la formation de la bourse pharyngée de l'adulte.

Discussion : Dr WAGNIER. J'ai également observé la même coïncidence ; il existait une tumeur adénoïde plate, trilobée, mais pas de bourse de Luschka. Le malade voulait se faire suturer le voile du palais, je fis l'ablation de la tumeur. Le résultat fut déplorable au point de vue de la voix, qui prit un retentissement nasal des plus désagréables. Il semble que la nature ait voulu, en développant des tumeurs adénoïdes dans ces cas, mettre un obturateur naturel qui empêchât la voix de retentir dans les fosses nasales.

Dr BOUCHERON. Dans les cas que j'ai opérés, j'ai cautérisé ; l'opération était absolument indiquée à cause des troubles de

l'audition. Je n'avais pas du reste songé à l'altération de la voix dont vous venez de parler.

D^r GELLÉ. Il n'est pas très rare de voir survenir des accidents vocaux consécutifs à des lésions du cavum par enlèvement des tumeurs adénoïdes. Le larynx en peut souffrir, et certains malades en ont perdu la voix.

D^r WAGNIER. Dans des cas où il s'agissait de tumeurs adénoïdes très abondantes, j'ai vu la voix, de nasonnée qu'elle était, prendre un timbre très désagréable. Néanmoins, c'est une infirmité minime relativement aux inconvénients qu'entraînent les tumeurs adénoïdes.

D^r MÉNIÈRE. A quelle époque avez-vous vu la voix devenir mauvaise ?

D^r WAGNIER. Peu après : dans un cas, six semaines après l'opération ; dans l'autre, trois semaines seulement.

D^r MÉNIÈRE. Chez les jeunes enfants, la modification se fait un an, quelquefois quatre ans après. Il faudrait savoir ce qu'est devenue la voix.

D^r WAGNIER. Il me semble que six semaines comptent.

D^r MÉNIÈRE. Êtes-vous sûr que la voix se maintenait avec ses caractères ? Il ne faut pas conclure d'un fait particulier à une loi générale.

Complications auriculaires de la grippe (otites moyennes suppurées), par le D^r MÉNIÈRE (de Paris).

L'auteur de ce travail donne la statistique des cas qu'il a observés.

Les complications auriculaires sont la suite d'affections rétro-nasales. Les maladies infectieuses ont très souvent leur lieu d'élection en ce point. Les inflammations de la caisse sont secondaires à celles du naso-pharynx. Ces cas se sont caractérisés par la rapidité de l'extension, l'envahissement simultané des deux oreilles, les myringites et les perforations, la résolution rapide des accidents.

Sur 57 cas, 23 ont duré quatre à cinq semaines ; chez 11 malades, la lésion était unilatérale ; chez 17, bilatérale ; dans une autre série de 16 malades, l'unilatéralité existait 9 fois, la bilatéralité, 7 fois, et la durée de l'affection fut de trois mois ; enfin, 8 ont duré quatre mois, et 5 sont encore en traitement par suite de complications : périostites, inflammations mastoïdiennes n'ayant pas nécessité une intervention chirurgicale, sauf pour

un cas, chez un malade que je vis avec Hermet et Le Dentu.

Le traitement, dans tous ces cas, a été le suivant : lavages à l'eau chaude, additionnée de coaltar saponiné Lebœuf, faits dans le conduit et par la trompe. Bains d'oreilles. Ouverture du tympan, et, dans 4 cas, cautérisation au thermocautère des mastoïdes.

En résumé, de l'étude de ces faits on peut conclure : 1° envahissement rapide des caisses avec accidents locaux et généraux très marqués au début, écoulement purulent abondant, inflammation du périoste et des mastoïdes rares ; 2° convalescence rapide, guérison sans lésions auriculaires, cicatrisation du tympan, ouïe restée normale ; 3° bons effets du traitement antiseptique et des lavages.

Note sur un cas de mutisme hystérique guéri par une suggestion pendant le sommeil hypnotique, par le Dr CHARAZAC (de Toulouse).

REVILLIOD (de Genève), CHARCOT, CARTAZ, NATIER, ont étudié des cas semblables.

Voici le fait : Domestique âgée de 18 ans, sans antécédents nerveux, avale une aiguille. Quinze jours après, mouvement brusque, douleur vive à l'hypochondre gauche, perte de connaissance. Consécutivement, mutisme et aphonie complète sans troubles visibles du côté du larynx. Essai de suggestion à l'état de veille en touchant le larynx ; pas d'effet. Suggestion pendant le sommeil hypnotique : guérison. Deux jours après, mêmes accidents, mais le point douloureux a quitté l'ovaire gauche et se trouve plus haut. Sommeil hypnotique, suggestion, piqûre de morphine, guérison.

Réflexions : Cette observation montre :

1° Que le mutisme peut exister comme accident mono-sympathique de l'hystérie, sans aucun autre signe ;

2° Que la suggestion seule est quelquefois inefficace pour guérir si on ne lui joint pas d'autres moyens physiques ou médicamenteux (dans ce cas la piqûre de morphine).

Discussion : Dr SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers). — Dans le mutisme hystérique, lorsque la malade attribue son état à un corps étranger ou à un parasite, à une plaie, à une tumeur ou à quelque autre lésion imaginaire, on obtient souvent la guérison par un simulacre d'opération, sans avoir recours à la sug-

gestion proprement dite. Permettez-moi, à ce propos, de vous relater un cas que j'ai observé il y a bientôt trois ans.

La malade avait eu à sa puberté des troubles hystériques. Depuis son mariage elle était bien portante, mais cependant nerveuse et impressionnable. Un jour, elle prétendait avoir avalé un noyau de cerise à moitié écrasé. Dès lors, elle commença à souffrir pendant la déglutition, puis la parole devint douloureuse; enfin, le mutisme survint et persista pendant deux mois, parfois absolu, parfois incomplet, et, à ces moments-là, elle articulait des plaintes en portant la main à sa gorge, où, à l'en croire, elle sentait le corps étranger dont les cassures pointues la blessaient. Lorsque je la vis, le mutisme était absolu et l'aphonie complète. Les confrères qui l'avaient soignée avant moi avaient essayé de la convaincre de la fausseté de ses sensations imaginaires, mais sans succès aucun, et le mal continuait de plus belle. J'essayai divers traitements : bromure de potassium, attouchements de cocaïne, injections de morphine, mais rien ne me réussit. De guerre lasse, je me décidai à faire un semblant d'opération. Pour cela, après avoir fait divers préparatifs en appuyant à dessein sur tous les petits détails capables de frapper l'esprit de la malade, je l'installai dans le fauteuil d'opération et fis la nuit dans mon cabinet. Préalablement, et à l'insu de la malade, j'avais pris un demi-noyau de cerise à cassures coupantes, et l'avais logé dans la concavité d'une pince de Lœwenberg. La pince, ainsi préparée, je l'avais placée à portée de ma main avec d'autres instruments laryngiens. Après avoir introduit divers instruments dans la gorge de la malade, j'introduisis finalement la pince préparée; je pressai avec l'instrument sur la région gauche de l'épiglotte où la malade accusait la présence du corps étranger, et, quand je vis à sa figure que la pression était suffisamment douloureuse pour simuler une extraction, j'enlevai la pince; la malade cria, le corps étranger était enfin extrait, et la guérison complète. Depuis lors elle s'est maintenue.

M. RUZULT. Il faut distinguer nettement entre l'enrouement et l'aphonie, entre le mutisme et l'aphonie; l'un peut exister sans l'autre. On a décrit le mutisme hystérique avec spasme des cordes vocales, il s'agit d'aphasie. J'ai vu un cas de mutisme curieux chez une hystérique de 18 ans. Dans un moment de colère elle put émettre quelques sons. Suggestionnée à l'état de veille, elle prononça la voyelle *è*; elle parla ensuite pendant deux mois, puis retomba malade.

DEUXIÈME SÉANCE

Végétations adénoïdes chez l'adulte, par M. RAULIN
(de Marseille).

On a laissé jusqu'à présent dans l'ombre les végétations adénoïdes chez l'adulte. Elles sont pour le moins aussi fréquentes que les grosses amygdales. Je les ai observées chez des malades de 40 à 65 ans et plus. Elles datent en général de l'enfance, comme le prouvent les déformations du thorax, de la tête et des troubles auriculaires anciens. Tandis que chez l'enfant elles sont multiples, molles, chez l'adulte l'hypertrophie en masse est exceptionnelle, il y a des amas dissociés; on trouve des groupes soit médians (tonsille pharyngienne), soit dans la fossette de Rosenmüller, soit constituant l'amygdale tubaire. L'hypertrophie s'est alors localisée sur un groupe de follicules clos qui deviennent durs, fibreux, par le fait soit d'inflammation chronique, soit de transformation fibreuse. On trouve tout autour de ces groupes des vestiges de végétations atrophiées dans l'enfance. La symptomatologie est peu de chose: presque pas de troubles respiratoires (les tumeurs sont petites et les cavités très grandes). Il existe quelquefois de la rhinite hypertrophique, surtout au niveau des cornets inférieurs, et alors la congestion passive du tissu caverneux peut amener un peu de gêne respiratoire. Ces malades sont pâles, d'aspect lymphatique. Ce qui domine chez eux, c'est le catarrhe naso-pharyngien et la surdité, qui ne guérit nullement par le traitement. La meilleure manière d'enlever ces tumeurs est l'ablation avec l'adénotome; il faut rejeter l'anse galvano-caustique.

Discussion: M. MOURE. Chez l'adulte, il n'est pas rare de voir les végétations adénoïdes confondues avec d'autres tumeurs, et en particulier les tumeurs fibreuses. J'ai observé un homme de 65 ans, sourd du fait d'une vieille otite moyenne (forme otopoiétique de Boucheron); il était porteur de tumeurs adénoïdes dures, que j'enlevai en plusieurs séances. Le tympan redevenait flasque.

Je cite ce cas, car il est rare d'obtenir des améliorations à cet âge, à cause des adhérences de la caisse.

M. SUAREZ DE MENDOZA. Je suis de l'avis du Dr Raulin, les végétations adénoïdes se rencontrent chez les adultes. Depuis

un an j'en ai observé 5 cas chez des sujets de 30 à 40 ans. Dernièrement encore, j'ai opéré un homme de 42 ans d'une tumeur occupant la moitié gauche du cavum, tumeur ayant l'aspect de végétations adénoïdes. D'autant de la nature bénigne de la tumeur, j'en envoyai un fragment au Dr GELLÉ pour le faire examiner. Chez mon malade, contrairement à ce qui se voit d'habitude, après l'opération l'acuité auditive est redevenue normale, probablement parce que les troubles auditifs dépendaient uniquement de l'obstruction du pavillon de la trompe par la tumeur.

M. RAULIN. Combien de temps la tumeur avait-elle mis à se développer, et quel était son siège?

M. SUAREZ DE MENDOZA. De longues années, mais son développement prit beaucoup d'extension en peu de mois. Elle était insérée sur le pavillon de la trompe et l'apophyse basilaire.

M. MOURE. Quelle était la sensation donnée par la tumeur au toucher? Ceci a de l'importance, car les tumeurs malignes sont en général lisses avant leur ulcération. Les polypes fibromuqueux sont également lisses, mais ils sont très vasculaires et d'aspect rougeâtre; ils s'accompagnent d'hémorragies. Seules, les tumeurs adénoïdes sont bosselées. Le diagnostic différentiel est très difficile à faire vers 14 et 15 ans et très important, car le traitement est alors tout différent.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. La tumeur était bosselée et donnait au doigt la sensation habituelle des tumeurs adénoïdes. J'ajouterai que l'enfant de mon sujet, une fillette de 12 ans, avait une quantité considérable de végétations adénoïdes. En outre, son oncle, frère de mon premier sujet, en a des restes dans la paroi postérieure du cavum: il est aujourd'hui atteint d'une tumeur de mauvaise nature du sinus maxillaire, avec exophtalmos considérable et tout le cortège symptomatique connu.

Dr WAGNIER. Chez l'adulte, la galvano-caustique est facile: aussi, dans le doute, je l'emploie, et j'évite ainsi les effusions sanguines.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. Je me sers beaucoup du couteau et de l'anse galvaniques. Je n'ai pas voulu traiter ainsi mon malade avant d'avoir un diagnostic certain. S'il s'agit d'une tumeur de mauvaise nature, une cautérisation très puissante et très étendue est nécessaire pour prévenir la récurrence, et dans le cas d'une tumeur adénoïde un tel délabrement serait complètement inutile.

Sur le traitement de la sclérose de la caisse par la raréfaction et la condensation progressives et manométriquement évaluées de l'air du conduit auditif externe, par le Dr F. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

Employées comme moyen de diagnostic, la raréfaction et la condensation de l'air dans le conduit auditif externe l'ont été également comme moyen de traitement (Moos, Lucae, Politzer, Gellé, Miot, et surtout le professeur Delstanche, de Bruxelles).

L'auteur, trouvant les différents appareils peu précis, en a construit un dont les avantages seraient les suivants :

1° Le manomètre indicateur, extrêmement sensible, fait connaître au médecin si l'aspiration est active, ou si, au contraire, la raréfaction est nulle, se faisant alors aux dépens de l'air extérieur, par suite d'un défaut de fermeture du conduit auditif; 2° l'appareil permet d'employer la raréfaction ou la condensation graduelle et progressive, et d'étudier chaque jour l'effet de la nouvelle force mise à contribution; 3° il permet, dans chaque cas particulier, de constater la mobilité obtenue avec telle pression donnée; 4° il permet de fixer, par les observations faites pendant les séances de traitement, le degré de raréfaction ou de condensation, mesuré en centièmes d'atmosphère, que l'on peut conseiller au malade en lui conseillant le masseur.

Les résultats que j'ai obtenus depuis seize mois par cette méthode sont extrêmement encourageants : très souvent des bourdonnements rebelles ont disparu après quelques séances avec une pression de 12 à 15 centièmes d'atmosphère. Dans beaucoup de cas d'otite moyenne scléreuse avec rétraction tympanique, l'acuité auditive, qui restait stationnaire devant divers traitements institués (sondage, dilatation de la trompe rétrécie, vapeurs médicamenteuses, électricité, etc., etc.), augmente de 2, 4, 6 et 9 centimètres pour la montre, à la suite de l'emploi de cette méthode, que je ne saurais trop préconiser.

Discussion : M. MIOT (de Paris). Les pressions centripètes et centrifuges sur le tympan produisent souvent quelque effet dans le traitement de certaines otites moyennes sèches. M. Suarez de Mendoza parle des divers appareils employés pour pratiquer ces pressions et leur reproche de ne pas indiquer le degré de pression. Je lui ferai remarquer que, dans la communication faite par moi il y a deux ans à cette société, j'ai montré un

manomètre gradué en grammes et destiné à mesurer des pressions, même faibles, produites par n'importe quel appareil de compression. Le manomètre de M. Suarez de Mendoza est plus sensible et peut servir à des expériences physiologiques. Dans la pratique, il est inutile de surveiller avec autant de soin ces pressions. L'appareil de Delstanche dont parle M. Suarez de Mendoza est évidemment très ingénieux, mais il peut être remplacé par une poche en caoutchouc à parois épaisses, sans manomètre, qui suffit dans tous les cas aux malades auxquels on en a appris préalablement l'emploi. Ces derniers s'en servent alors parfaitement, sans qu'il se produise aucun accident. Et ils agissent ainsi avec d'autant plus de prudence que les fortes pressions leur causent de la douleur et leur inspirent une certaine appréhension.

Les ecchymoses, que paraît craindre M. Suarez de Mendoza, offrent peu d'importance, puisqu'elles disparaissent d'elles-mêmes en cessant le traitement, ce que les malades font tout naturellement, puisqu'on a eu soin de les prévenir de cet accident et de leur en indiquer les symptômes probables. L'emploi des pressions fortes pourrait déterminer la rupture du tympan, mais les malades ne les emploieront guère, ainsi que je viens de le dire. Et quand même ces pressions détermineraient une rupture du tympan, fait rare, elle n'aurait probablement aucune conséquence fâcheuse. Cet accident a été produit deux fois par nos assistants. Indépendamment du bruit produit pendant la rupture, de la sensation de froid ressentie dans l'oreille et la gorge par l'air projeté violemment dans l'oreille moyenne et le pharynx, ainsi que de l'exagération passagère de la surdité, la plaie du tympan s'est cicatrisée et tout est rentré dans l'ordre.

M. MOURE est du même avis que M. Miot. Il emploie le raréfacteur de Delstanche depuis un an et n'est pas enthousiasmé des résultats, qui sont peu durables pour ce qui concerne l'amélioration des scléroses. En tout cas, point n'est besoin d'appareils si compliqués dans la pratique courante. La poire est bien suffisante. La graduation en grammes des manomètres est bien suffisante. Les ecchymoses sont rares chez les scléreux.

Dr WAGNIER. L'appareil de Delstanche a un grand inconvénient, celui de donner des pressions trop brusques, à cause du ressort qui se détend; la poire est préférable.

Dr NOQUET. J'ai employé le raréfacteur de Delstanche sans avantages, mais sans accidents.

Dr GELLÉ. Il faut évidemment un contrôle. Je l'ai obtenu d'une façon différente; j'emploie le diapason-vertex, que j'applique en même temps que je raréfie l'air; le malade perçoit le refluxement et me transmet ses sensations; il a de plus la notion très nette du son, qui change au moment où l'effet raréfacteur se produit. Le but de cette raréfaction est toujours la mobilisation du tympan et de l'étrier.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. J'accepte volontiers le regret témoigné par M. Miot de ne pas me voir donner de plus amples indications de ma méthode. Je n'ai apporté qu'un travail tronqué, incomplet, abrégé, simplement pour prendre date. Ceci dit, je ferai remarquer à mon confrère que, dans ses travaux sur les pressions centripètes et centrifuges, il ne s'est nullement occupé de la raréfaction de l'air du conduit.

D'autre part, si son appareil peut donner la tension de l'air condensé, il ne peut, sans modification, mesurer celle de l'air raréfié. Le mien, au contraire, permet d'évaluer également bien l'une et l'autre, et cela avec une certaine précision. J'ajouterai que la raréfaction de l'air du conduit est d'une pratique bien plus facile et d'un emploi beaucoup plus précis que les pressions centrifuges exercées sur la paroi interne du tympan, et qu'un appareil qui, sans ce dernier procédé, permet avec la plus grande facilité de mobiliser la membrane dans un sens ou dans l'autre, toujours en évaluant manométriquement la tension de l'air condensé ou raréfié, ne saurait être inutile et mérite quelque attention.

Dans la pratique, dit M. Miot, il n'est pas besoin d'un instrument de précision, une simple poire suffit. Que la poire puisse remplacer la pompe en tant qu'appareil de condensation et, au besoin, de raréfaction, cela n'est pas douteux; mais que son emploi soit préférable à celui d'un raréfacteur-condensateur à indications manométriquement précises, sous prétexte qu'il n'est pas besoin de tant de précision, cela me semble paradoxal et contraire aux principes des recherches cliniques. Il est du devoir du médecin de posséder, quand il le peut, des données exactes au lieu de renseignements vagues et aveugles. C'est parce qu'ils ne se soumettent pas à cette règle et qu'ils se contentent de l'à-peu-près que beaucoup d'auristes n'obtiennent pas de la méthode les résultats qu'elle est susceptible de donner. Le contrôle manque avec la poire, et trop souvent le médecin et le malade ne retirent aucun effet de la condensation et

de la raréfaction, et abandonnent et condamnent la méthode comme inefficace après quelques séances.

Mon appareil n'est, ainsi qu'on me le reproche, ni cher ni compliqué. Avec deux tubes de verre et quelques centimètres de tuyau de caoutchouc on peut le fabriquer. Et quoique bien plus sensible que le manomètre métallique employé par M. Miot, quoique servant à deux fins, tandis que l'autre ne peut évaluer que la condensation, l'appareil que je conseille est d'un prix dérisoirement inférieur à celui dont mon confrère se sert pour mesurer les pressions centripètes.

Il n'est pas dit, dans ma communication, qu'il faille confier un manomètre à chaque malade, quoique, à mon avis, la chose ne fût pas si mauvaise. Mais je demande qu'au lieu de lui confier un masseur à l'avenglette, le médecin ait d'abord reconnu, par des expériences faites à l'aide du manomètre, combien de centièmes d'atmosphère il peut lui permettre d'employer, et qu'il règle le masseur en conséquence. Quant à la poire, dont l'emploi ne comporte aucun contrôle, je crois qu'il vaut mieux ne la point confier.

Je ne dis pas que l'instrument de Delstanche soit la perfection, et j'espère même arriver à faire mieux. J'ai dit que de tous les instruments du même genre c'était encore le meilleur, car, grâce à son grand levier, il agit plus régulièrement que tout autre.

Je ne crains pas outre mesure la production d'ecchymoses ; j'en ai beaucoup vu, sans qu'il en soit jamais résulté rien de fâcheux ; néanmoins, il vaut mieux les éviter. Si j'en ai parlé incidemment, c'a été pour faire sentir comment, tout en procédant de la même façon, on peut, si on n'a pas le contrôle du manomètre, produire tantôt une raréfaction nulle, tantôt une action trop violente.

Quant à la rupture du tympan, je pense qu'il faut l'éviter autant que possible ; et en cela, si je ne suis plus d'accord avec le Dr Miot d'aujourd'hui, qui pense qu'il n'en résulterait probablement aucune conséquence fâcheuse, je le suis avec celui d'il y a trois ans, qui disait dans sa communication sur les pressions centripètes et centrifuges : « Nous ne conseillons à personne de dépasser cette limite (800 grammes), afin de ne pas courir le risque de produire la rupture du tympan, qui peut être modifié dans sa structure et sa résistance ; » — et plus loin : « Il n'est pas douteux que si l'on exagérait la pression, on pourrait pro-

duire des fractures et des ruptures, non seulement préjudiciables à la fonction de l'organe, mais à l'existence du malade. » — « Pression dangereuse, parce qu'on court le risque d'une rupture du tympan, de la chaîne des osselets, de l'étrier principalement, etc. (1). »

Complications consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes, par M. CARTAZ (de Paris).

L'ablation des végétations adénoïdes est suivie en général d'un petit écoulement sanguin (Michel, de Cologne).

Cependant Bryson Delavan vient d'en citer quatre cas.

L'auteur apporte deux nouveaux faits; dans l'un d'eux, homme de 25 ans, l'hémorrhagie se fit le huitième jour après l'opération.

Ces hémorrhagies se font en nappe, elles accompagnent les tumeurs de consistance fibreuse : vaisseaux restant béants, d'où défaut d'hémostase.

Une autre cause d'hémorrhagie tardive est la production de poussées congestives ou inflammatoires du côté de la gorge.

Les irrigations chaudes, astringentes, les arrêtent facilement.

Dans les cas graves, tamponnement du naso-pharynx.

Une autre série d'accidents qui suivent l'ablation des végétations et que Moldenhauer a signalés est l'apparition d'accidents infectieux.

Exiger la plus grande asepsie des instruments est la principale condition pour éviter l'infection.

Discussion : Dr GELLÉ. Je n'ai vu qu'une seule fois un accident chez une petite fille de 8 ans. La tumeur était simple et l'opération très facile. Trois heures après, hémorrhagie, arrêtée par l'emploi d'un syphon d'eau de seltz. L'enfant part, nouvelle hémorrhagie, et le soir température élevée.

J'ai vu également des complications infectieuses. Le Dr Gouguenheim opère de tumeurs adénoïdes un de mes malades, âgé de 46 ans, sourd et affecté d'un catarrhe pharyngien. L'opération guérit sa surdité en partie. Trente-six heures après : frissons, fièvre, douleurs de tête, gonflement énorme de

(1) Mior, Des pressions centripètes et centrifuges sur la membrane du tympan, etc. (*Bulletin et mémoires de la société française d'otologie et de laryng.*, 1887, p. 164).

la région péri-auriculaire et du conduit auditif externe, gonflement de la gorge. En quatre à cinq jours, tout cesse par des irrigations froides ; la poussée aiguë d'otite disparaît. Il n'est pas douteux que la cause de ces accidents est venue d'une infection qui s'était produite après l'opération, dans les jours qui ont suivi et malgré les soins antiseptiques pris pendant et après l'opération.

Faut-il conclure, parce qu'il s'est produit quelques hémorrhagies, que toute intervention avec la pince doit être abandonnée ? Loin de nous un tel pessimisme, et conservons une méthode qui donne d'excellents résultats.

Dr MOURE. On voit également des hémorrhagies secondaires à l'amygdalotomie.

Il ne faut pas opérer les végétations adénoïdes des adultes en une séance.

Chez l'enfant, les complications infectieuses sont relativement fréquentes : fièvre, céphalalgie, délire. Il m'est arrivé même d'avoir des accidents septiques à la suite d'un simple attouchement.

Dr GELLÉ. Le toucher avec l'ongle doit toujours faire craindre l'infection. Je ne gratte plus jamais avec le doigt.

Dr MIOR. J'ai fait des explorations et écrasements avec le doigt, il ne m'est jamais rien arrivé. Peut-être les accidents inflammatoires ont-ils lieu par le massage de la trompe.

Dr CARTAZ. Si j'ai eu 100 cas d'accidents sur plusieurs milliers d'opérés, c'est tout, et ils ont eu lieu presque tous chez des malades non anesthésiés. Ils sont dus, je crois, au pincement de la muqueuse saine ; sous l'influence du chloroforme, le voile du palais se contracte et l'on voit mieux ce que l'on fait. Je gante toujours mon doigt pour toucher, car il est difficile d'avoir un ongle complètement aseptique.

Dr RUAUT. En résumé, l'hémorrhagie primitive est peu de chose. Je doute que dans mon second cas on ait pincé la muqueuse saine. Je crois plutôt à des poussées congestives.

Il peut y avoir infection et hémorrhagie secondaire. Chez le jeune homme de 28 ans, le lendemain de l'enlèvement du tampon, il y a eu une amygdalite droite. Certains malades font de l'auto-infection par leur pharynx. Le tout est de prévenir l'infection par le malade ou le médecin. Ces complications sont heureusement rares.

Complications auriculaires de la grippe (mastoidites),
par M. MOURE (de Bordeaux).

Dans la dernière épidémie de grippe, la localisation auriculaire a été quelquefois la seule manifestation de l'infection. Les otites suppurées ont été fréquentes. Les poussées inflammatoires du côté de l'oreille ont eu lieu le plus souvent chez des prédisposés qui avaient soit un écoulement ancien, soit d'anciennes otites. L'inflammation, diffuse au début, se localisait en 24 ou 48 heures.

Voici quelques faits :

1° Un homme de 40 ans se plaignait de douleurs dans l'apophyse mastoïde : application d'une couronne de trépan, caisse non atteinte, abcès du cervelet ;

2° Opéré de Demons : apophyse mastoïde éburnée, couronne de trépan au niveau du pariétal, abcès du cervelet. Pas de symptômes saillants. Trois fois on vide le pus. Guérison brusque : injections au chlorure de zinc au dixième, persistance de trajets fistuleux.

Je cite ces faits, car les cas d'abcès intra-mastoïdiens primitifs sans otite suppurée les précédant sont rares.

Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par le Dr LANNOIS
(de Lyon).

La dernière épidémie de grippe a donné à l'auteur l'occasion d'observer diverses complications auriculaires :

1° Des poussées inflammatoires du côté de la caisse ;

2° Des otites moyennes suppurées, en particulier chez un homme de 33 ans, qui présentait des collections purulentes sous-cutanées et dont la vie fut en danger pendant plusieurs mois ;

3° Des abcès mastoïdiens. Un malade qui avait eu une carie à l'âge de 4 ans fit un abcès, trépané par Valette ; il élimina des séquestres ;

4° Des troubles graves du labyrinthe, avec otite moyenne légère.

Voici les titres des observations relatives à ces troubles du labyrinthe, suivies de quelques réflexions de l'auteur :

1^{re} observation : *Grippe compliquée d'otite moyenne catarrhale double, légère, avec otite labyrinthique unilatérale.*

2^e observation : *Troubles anciens de l'audition. Grippe. Otite*

catarrhale moyenne avec épanchement sanguin des deux côtés. Otite labyrinthique double.

Réflexions : Voici les réflexions que suggèrent ces deux cas :

1° L'absence presque complète de perception du diapason par les os du crâne, chez le second, tandis qu'il était entendu chez le premier, ne peut s'expliquer que par une lésion de l'oreille interne;

2° Dans les deux cas les trompes et l'oreille moyenne ont été prises. L'altération des caisses et de l'oreille moyenne ont-elles été contemporaines? Ou bien les labyrinthes se sont-ils pris consécutivement aux caisses?

Je préfère la première hypothèse, la grippe, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, les oreillons, étant infectieuse et pouvant atteindre le labyrinthe. (G. Lemoine et Lannois, *Rev. méd.*, sept. 1883);

3° Quelle est la nature de la lésion? Est-ce une hémorrhagie ou une fluxion séreuse?

4° Ces observations montrent la tendance de la grippe à réveiller d'anciennes lésions et à se localiser aux points malades. Elle est d'une spécificité faible, déterminant chez les malades atteints de pharyngite une angine, chez les nerveux et les rhumatisants des névralgies multiples, des douleurs articulaires et musculaires, la réapparition d'otorrhées et de lésions mastoïdiennes chez d'anciens malades de l'oreille. Enfin, Botey n'a-t-il pas signalé la possibilité de complications labyrinthiques dans les otites moyennes grippales? (*Arch. intern. de laryng. y otologia*, n° 1, 1890.)

Discussion : Dr BOUCHERON. Le travail de M. Lannois soulève une importante question étiologique pour les surdités graves. De ce que ses malades ont gardé après la grippe une surdité considérable, doit-on admettre qu'ils étaient affectés de labyrinthite? il est difficile de reconnaître cette lésion dans les cas de M. Lannois. Tout récemment encore, je viens d'observer un malade qui s'est trouvé absolument sourd, n'entendant ni la voix, ni la montre, ni le diapason; je ne l'ai pas pour cela considéré comme atteint de labyrinthite. J'ai dirigé le traitement dans un autre ordre d'idées, et maintenant le malade entend la parole à sept ou huit mètres.

La plupart de ces affections sont, à notre avis, des compressions labyrinthiques avec annulation momentanée des fonctions,

annulation pouvant devenir définitive si la compression labyrinthique se prolonge. L'analyse des cas de M. Lannois montre que justement un de ses malades avait la caisse remplie de liquide; l'air y faisait donc défaut, et quand le vide aérien se produisit dans une oreille, la pression atmosphérique sur le tympan comprime l'oreille d'environ un kilogramme, et c'est cette pression transmise par l'étrier au labyrinthe qui tend à écraser le nerf acoustique. L'indication essentielle est donc de faire cesser le vide d'une part, et d'autre part, si l'étrier reste enclavé dans la fenêtre ovale, de le mobiliser dans le sens de la décompression. L'intervention thérapeutique doit être assez rapide pour ne pas laisser le nerf s'altérer, dégénérer sous une pression excessive.

Dr GELLÉ. Je ne suis pas convaincu qu'il se soit agi dans ces cas d'otite labyrinthique. Il y a probablement eu congestion ou hémorrhagie.

Dr NOQUET. La plupart des complications auriculaires grip-pales que j'ai pu observer ont été peu sérieuses. Presque toujours les perforations du tympan ont été spontanées. Chez un malade âgé de 45 ans, gouteux et obèse, comme l'écoulement purulent se prolongeait, j'examinai les urines et trouvai du sucre. Le malade fut soumis au régime des diabétiques, et son écoulement disparut en peu de temps.

Dr SUAREZ DE MENDOZA. Ce qui m'a frappé dans les complications auriculaires de la grippe, c'est l'extrême facilité avec laquelle se prenait l'apophyse mastoïde chez les malades qui n'étaient pas soignés à temps, ou qui ne l'étaient qu'incomplètement. Les otites moyennes que j'ai soignées dès le début ont, grâce à l'antisepsie naso-pharyngienne et auriculaire, guéri sans complications. Au contraire, sur onze malades venus à une période avancée de la maladie, qui avaient eu des soins insuffisants, cinq fois la mastoïdite s'est développée. Je soigne en ce moment une fillette de douze ans; elle est arrivée il y a trois jours avec une mastoïdite suppurée. L'otorrhée datait de deux mois, et le traitement employé jusqu'alors avait consisté à injecter dans l'oreille de la décoction de guimauve et à saupoudrer la région mastoïdienne enflammée — supposée atteinte d'erysipèle — avec de la poudre d'amidon.

J'ai incisé profondément et trouvé la face externe de l'apophyse mastoïde détruite en partie et des fongosités multiples.

*Spasmes œsophagiens par hypertrophie de la 4^e amygdale,
par le Dr JOAL (du Mont-Dore).*

L'auteur a publié en 1889 dans le journal de Moure un travail sur l'étiologie de l'œsophagisme, qui est souvent du domaine des laryngologistes et rhinologistes.

Il cite un fait où l'œsophagisme était dû à l'hypertrophie des follicules clos de la base de la langue (amygdale linguale). Son malade, un ecclésiastique, de souche nerveuse et rhumatismale, avait vu plusieurs fois des spasmes œsophagiens se produire chez lui avec sensation de strangulation.

Dans une de ces crises, l'auteur le vit et constata une pharyngite intense avec forte hyperesthésie de la gorge et de la rhinite.

L'amélioration de la rhinite n'ayant en aucune façon diminué les accidents, M. Joal fit d'abord des applications de cocaïne, puis cautérisa au galvano-cautère les follicules saillants, et le spasme œsophagien disparut complètement.

L'auteur en conclut que l'influence du traitement est quelquefois considérable pour reconnaître la cause de l'œsophagisme. S'il est d'origine nasale, on le reconnaîtra aux conditions suivantes :

1^o Apparition du spasme lors des poussées congestives sur la pituitaire ;

2^o Spasme provoqué par l'excitation des cornets ;

3^o Cessation par la cocaïne ;

4^o Guérison par le traitement nasal.

L'auteur a rencontré un cas d'œsophagisme d'origine linguale chez une femme de 42 ans. Seney, en 1873, a étudié les relations qui existaient entre l'amygdale palatine et l'œsophagisme.

Ruault a montré que la cautérisation des tonsilles amène des troubles de l'estomac, des renvois acides avec vomissements, douleurs épigastriques, toux et attaques d'asthme. D'autres auteurs ont également étudié la pathologie de la quatrième amygdale. Parmi eux Lennox-Browne, Curtis, Swann, Gleitsmann, Ruault, etc., ont montré que l'excitation des tonsilles linguales amène des névropathies réflexes.

*Influence de l'excitation du nerf auditif sur la perception
du diapason-vertex, par le Dr CORRADI (de Vérone).*

Il existe une grande diversité d'opinions sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Weber.

On a dit que la latéralisation du Weber du côté affecté n'était pas due à des troubles dans l'appareil de transmission, mais que la cause principale résidait dans un état irritatif du nerf acoustique.

Le Weber positif (c'est-à-dire la latéralisation du Weber vers l'oreille malade) indique une altération récente.

Le Weber négatif accompagne une maladie ancienne et un épuisement du nerf, et on le trouve sur l'oreille malade ou la plus malade (Steinbrügge). Cette opinion s'appuie sur l'hyperexcitabilité électrique, fréquente dans les maladies de l'oreille, l'existence de bourdonnements dans certaines affections de l'oreille moyenne, etc.

Pour l'auteur et d'après ses expériences, le Weber positif dépend en lui-même d'altérations de la voie de transmission, tandis que le Weber négatif est toujours en rapport avec les conditions morbides des éléments nerveux. L'électricité a été le moyen le plus propre à exciter le nerf et à influencer la conductibilité osseuse.

Les expériences ont été faites avec le courant galvanique : pile Gresset, force réglée par le rhéostat de Gärtner.

Pour obtenir la perception du Weber pendant la période d'excitation maximum du nerf, afin d'éviter des erreurs, pour pouvoir agir simultanément ou à de courts intervalles sur l'une ou l'autre oreille, l'auteur a opéré ainsi : Les conduits auditifs externes sont remplis de mercure et fermés par un bouchon de liège, traversé par un fil d'acier faisant saillie d'un centimètre au dehors et plongeant dans le mercure.

S'il y a perforation du tympan on emploie l'eau tiède salée.

Pour établir un contact plus intime, on introduit un cathéter dans la trompe, ce qui ne modifie en rien la perception du diapason-vertex.

L'application externe par la méthode d'Erb donne une excitation insuffisante et présente peu d'exactitude.

Tout étant prêt, on fait l'épreuve de Weber. Si elle n'est point égale des deux côtés, on cherche la ligne neutre, — en ce point le diapason est également perçu des deux côtés, — puis on fait passer le courant d'un côté et on répète l'épreuve. A la suite de 40 séances réparties sur 20 cas, voici les conclusions de l'auteur :

En général, la positivité du Weber diminue sur l'oreille soumise à l'excitation électrique, c'est-à-dire que la ligne neutre,

pendant le passage du courant et quelquefois après, est déplacée vers le côté directement excité. Cette diminution de positivité se développe souvent en même temps que les bourdonnements, quelquefois ceux-ci seuls existent sans déplacement de la ligne neutre.

Que tirer de ce fait? sur le nerf acoustique excité (excitation nerveuse), le Weber tend à s'affaiblir; en d'autres termes, le nerf acoustique en état d'excitation morbide perd de sa fonction.

L'objection que l'excitation du nerf acoustique, étant trop rude, pourrait anéantir la fonction nerveuse tombé devant ce fait que la force des courants a été progressivement constante et en aucun cas un faible courant n'a augmenté la positivité du Weber.

L'électricité employée comme traitement de la surdité peut donc amener une perte de la puissance fonctionnelle du nerf: doit-on rejeter ce moyen de traitement? Non, car l'électricité joue encore un rôle favorable sur les processus trophiques.

Sur les fausses perceptions sensorielles secondaires, et particulièrement sur les fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par le Dr FERDINAND SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

L'auteur lit le résumé d'une étude très complète (présentée au dernier congrès d'ophtalmologie) sur les phénomènes étranges décrits à diverses époques sous les noms différents: d'*hyperchromatopsie*, de *pseudochromesthésie*, de *photismes* et *phonismes*, de *colour hearing* ou *audition colorée*, d'*association des sons et des couleurs*, etc. Après avoir fait remarquer que les faits de ce genre ont été observés dans le domaine de chacun des cinq sens, l'auteur en désigne l'ensemble sous le nom de *pseudesthésie* physiologique, et les cinq modalités sensorielles sous les dénominations suivantes:

Pseudo-photessthésie pour les fausses sensations secondaires visuelles;

Pseudo-acousthésie pour les fausses sensations secondaires acoustiques;

Pseudo-phrèsathésie pour les fausses sensations secondaires olfactives;

Pseudo-gousiesthésie pour les fausses sensations secondaires gustatives;

Pseudo-apsiesthésie pour les fausses sensations secondaires tactiles.

Il spécifie ensuite, ainsi que le montre l'examen des faits, que la cause efficiente de ces divers phénomènes peut être une perception première objective, c'est-à-dire une excitation passant par l'un ou l'autre sens, ou même, semble-t-il, une opération purement psychique. De là, pour chacune des cinq classes ci-dessus, six sous-classes en rapport avec les six modes d'excitation.

Ainsi, pour la pseudo-photesthésie, qui fait l'objet principal de son travail, il admet qu'elle peut être d'origine optique, acoustique, olfactive, gustative, tactile ou purement psychique.

C'est la pseudo-photesthésie, d'origine acoustique, qui a été appelée audition colorée.

Après ces détails de classification, le Dr F. Suarez de Mendoza donne le résumé des observations fort intéressantes de 7 cas qu'il a eu occasion d'observer, et conclut de la façon suivante :

Tantôt ces phénomènes dépendent d'une association d'idées datant de la jeunesse (dans cet ordre, il place les personnes qui colorent le jour de la semaine, les périodes de l'histoire, etc.), tantôt d'un travail psychique spécial, dont la nature intime nous échappe, et qui aurait une certaine analogie avec l'illusion dans les cas de pseudo-photesthésie d'origine optique, et avec l'hallucination dans les autres formes de pseudo-photesthésie où la sensation secondaire ou photisme est engendrée par l'excitation normale d'un autre appareil sensoriel que l'appareil optique.

Du traitement des ulcérations du larynx par la résorcine,
par le Dr TYMOWSKI (de Schinznach-les-Bains).

L'auteur, après avoir expérimenté divers traitements de la phthisie laryngée, a employé la résorcine et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La résorcine à 80 0/0 n'est pas douloureuse; après son application les parties se recouvrent d'un enduit blanchâtre qui dure quelques heures, puis l'œdème et la suppuration diminuent par l'usage quotidien du remède;

2° Si les ulcérations sont malignes, sales, cratériformes, il faut employer une solution sursaturée à 120 0/0 de résorcine,

préférable à l'acide lactique et n'exigeant pas l'application préalable de cocaïne.

Si le curetage est impossible, faire des inhalations de résorcine avec des solutions de 2 à 5 0/0.

La résorcine, ou dihydroxyl-benzol, découverte en 1864, est extraite de la gomme ammoniacale et se présente en cristaux blancs, de saveur douceâtre, inodores et très solubles. Leur solution est colorée en violet par le chlorate de chaux, et par le perchlorure de fer en violet noir.

Cette résorcine est à la fois antipyrétique, antiseptique et hémostatique. Andeer a montré qu'elle était antipyrétique à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Dujardin-Beaumetz, Soltmann, Staab, l'ont employée intus et extra. Leblond s'en sert en fumigations dans la diphthérie; elle limite l'extension des fausses membranes, fait disparaître la tuméfaction et combat l'empoisonnement. Elle a été employée dans la coqueluche, la tuberculose, les chancres mous (*Semaine médicale*, 1889, n° 36), les maladies de peau (Unna). En un mot, grâce à elle, on peut soulager, nourrir et amener une guérison relative chez les malheureux tuberculeux laryngés.

P. GASTOU.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Nez.

Des maladies des fosses nasales et de l'asthme, par Ball (*The Practitioner*, juin 1889).

Du catarrhe des fosses nasales et de son traitement, par Beverley Robinson (*N. Y. med. Journ.*, 15 juin 1889).

Rapport entre l'érysipèle et l'érythème de la face et les affections nasales, par G. W. Major (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Remarques sur la relation des affections nasales avec la neurasthénie, par W. H. Daly (Amer. laryng. Assoc., Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 17 août 1889).

De la pathologie et du traitement des affections naso-pharyngiennes, par J. N. Mackenzie (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 5 octobre 1889).

Observations sur les végétations adénoïdes et les méthodes employées pour les enlever, par D. Bryson Delavan (Amer. laryng. Assoc., Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Rhinite pseudo-membraneuse, par H. D. Chapin (Amer. med. Assoc., Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Relations entre l'acné et les affections nasales, par C. Seiler (Amer. med. Assoc., Newport, 26 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Coincidence de l'existence des hernies et des affections nasales, par W. Freudenthal (Amer. med. Assoc., 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Diagnostic et traitement des affections de l'antre d'Highmore, par J. H. Bryan (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Relation de l'anémie avec les sténoses nasales, par H. Holbrook Curtis (Amer. med. Assoc., 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Epilepsie causée par une affection intra-nasale, par F. S. Crossfield (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Empyème des sinus frontaux, par G. A. Richards (Amer. med. Assoc., Newport, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Perforations morbides du septum nasal, par A. B. Trasher (Amer. med. Assoc., Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Rapports de la toux avec les affections nasales, par J. E. Schadle (Amer. med. Assoc., 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinites, par Ch. H. Knight (*N. Y. med. Journ.*, 13 juillet 1889).

Observations d'obstruction des narines ayant amené des troubles nerveux, par H. Forster (*Weekly med. Review*, 6 juillet 1889).

De la nécessité et de l'importance de traitement bafit des affections du nez, du pharynx et de la trompe d'Eustache dans certaines formes de surdité, par L. Turnbull (*Therap. Gaz.*, 15 juillet 1889).

Action remarquable de l'iodure de potassium dans un cas de rhinite syphilitique, par Hudmitt (*Brooklyn med. Journ.*, mai 1889).

Traitement de la rhinite atrophique par la galvano-caustique chimique, par H. H. Crippen (*Journ. of ophthal. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Ablation d'une echondrose du nez, par C. E. Hewitt (*Int. Journ. of surgery*, juillet 1889).

Des bactéries nasales, par J. Wright (*N. Y. med. Journ.*, 27 juillet 1889).

Polype naso-pharyngien, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Nouvel électrode nasal, par Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Un speculum nasal perfectionné, par C. E. Black (*N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).

Différentiation nasale, par G. V. Woolen (*Weekly med. Review*, 21 septembre 1889).

Tumeurs verruqueuses des narines, par E. Fletcher Ingals (*N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Rhinoplastie, par R. T. Howe (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Nouveaux instruments pour les opérations nasales, par J. M. W. Kit-chen (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinites, par C. H. Knight (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Un enchondrotome nasal, par Moreau R. Brown (*N. Y. med. Journ.*, 5 octobre 1889).

Sténoses et obstructions nasales comme cause d'affections de l'oreille, par D. A. Strickler (*The Journ. ophtharm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Etiologie du catarrhe atrophique, par E. L. Mann (*The Journ. ophtharm. otol. and laryngol.*, octobre 1889).

Le traitement abortif du catarrhe aigu du nez et de la gorge, par S. S. Bishop (*Weekly med. Review*, 12 octobre 1889).

Un cas de rhinolith et deux observations de dents nasales, par J. Wright (*N. Y. med. Record*, 12 octobre 1889).

Des progrès en rhinologie, otologie, laryngologie et ophthalmologie, par J. A. White (*Med. Soc. of Virginia*, septembre 1889; *N. Y. med. Rec.*, 12 octobre 1889).

Affections oculaires réflexes d'inflammations nasales, par F. Dowling (*Miss. Valley med. Ass.*, 9 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Instruments pour le nez, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. med. Journ.*, 9 novembre 1889).

Maladies du nez et de la gorge, par Ch. E. Sajous (Un volume de 340 pages, illustré de 100 chromo-lithographies et de 93 dessins, F. A. Davis, éditeur, Philadelphie, 1889).

Atrophie, hypertrophie et déviations du septum nasal, par C. H. von Klein (*Times and Register*, 23 novembre 1889).

Cinq causes d'insuccès dans le traitement de la rhinite chronique, par T. F. Rumbold (*N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Un cas d'abcès cérébral envahissant le naso-pharynx, par L. B. Gillette (*Amer. rhinol. Assoc.*, 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Observations de symptômes réflexes d'affections nasales, par C. L. Dreese (Amer. rhinol. Ass., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Symptômes oculaires réflexes d'affections nasales, par C. H. Moore (Amer. rhinol. Ass., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Moyens thérapeutiques en rhinologie, par N. R. Gordon (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 9 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Traitement du catarrhe nasal chronique, par C. F. Mc Gahan (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 10 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Traitement chirurgical des affections nasales, par A. de Vilbiss (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 10 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Importance du traitement général dans les inflammations rhino-pharyngiennes, par R. S. Knode (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Inflammation réflexe du nez et de la gorge, par E. L. Siver (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Névralgie catarrhale, par A. G. Hobbs (Amer. rhinol. Assoc., 7^e session, Chicago, 11 octobre; in *N. Y. med. Rec.*, 23 novembre 1889).

Opération pour corriger la déviation et l'épaississement du septum nasal cartilagineux, par J. Wright (*N. Y. med. Rec.*, 11 janvier 1890).

De l'extension de la chirurgie intra-nasale à notre époque, par J. M. W. Kitchen (*N. Y. med. Record*, 18 janvier 1890).

Considérations regardant la thérapeutique des affections du nez et de la gorge, par Ch. L. Cleveland (*Journ. of ophthalm. laryng. and otol.*, janvier 1890).

Le catarrhe chronique du nez à Vermont, par J. H. Woodward (*N. Y. med. Journ.*, 15 février 1890).

Diphthérie nasale, par Green (Allegheny County med. Soc., novembre 1889; in *New Orleans med. and surg. Journ.*, janvier 1890).

Un cas de carcinome naso-pharyngien, avec remarques sur le traitement de cette affection, par S. Allan Fox (*N. Y. med. Journ.*, 8 mars 1890).

Le traitement du catarrhe nasal chronique est-il aussi difficile qu'on le croit? par O. B. Douglas (*N. Y. med. Journ.*, 22 mars 1890).

Hypertrophie des cornets du nez, par Nichols (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Des rapports existant entre l'obstruction nasale et les névroses respiratoires, par Mackenzie (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Tumeur du cornet compliquée de perforation du palais, par Phillips (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Une méthode simple pour arrêter une épistaxis obstinée, par A. H. Friedenberg (*N. Y. med. Rec.*, 19 avril 1890).

Traitement des sténoses nasales par l'emploi nocturne intermittent de stylets mobiles, par Sayer Hasbrouck (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Données thérapeutiques et cliniques sur les affections du nez, de la gorge et du larynx, par J. A. Terry (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Une nouvelle pince naso-pharyngienne, par J. E. Nichols (*N. Y. med. Rec.*, 26 avril 1890).

Neurasthénie et névralgie occasionnées par un traumatisme des cavités nasales, par W. F. Chappel (*N. Y. med. Rec.*, 10 mai 1890).

Intubation nasale, par D. H. Goodwillie (*N. Y. med. Journ.*, 17 mai 1890).

La véritable relation des maladies des voies aériennes supérieures avec les réflexes du nez, par F. H. Bosworth (*N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Chorée nasale réflexe, par A. Jacoby (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 1^{er} mai; in *N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Diphthérie nasale obscure chez l'enfant, par L. E. Holt (*N. Y. med. Journ.*, 31 mai 1890).

Chirurgie nasale, par Merrill Ricketts (*Amer. med. Assoc. Nashville*, 20 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 7 juin 1890).

Rhinite pseudo-membraneuse, par H. Dwight Chapin (*N. Y. med. Journ.*, 21 juin 1890).

Pharynx et Varia.

Sarcome de l'amygdale. Excision, par D. W. Cheever (*Amer. surg. Soc.*, Washington, 14 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 25 mai 1889).

Un cas de paralysie diphthérique à issue mortelle, par J. B. Stair (*N. Y. med. Rec.*, 18 mai 1889).

Excision d'une amygdale supplémentaire, par E. Carol Morgan (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 30 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 15 juin 1889).

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par le galvano-cautère, par Ch. H. Knight (*Amer. laryng. Ass.*, Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 12 octobre 1889).

Traitement des hypertrophies amygdaliennes, par J. O. Roe (*Amer. laryng. Assoc. Washington*, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 26 octobre 1889).

Sarcome du corps thyroïde, par J. Solis Cohen (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 31 mai; in *N. Y. med. Journ.*, 10 août 1889).

Deux cas de tuberculose de la langue, par C. E. Bean (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. Journ.*, 14 septembre 1889).

Traitement local de la diphthérie, par J. C. Mulhall (*Amer. laryng. Assoc.*, Washington, 1^{er} juin; *N. Y. med. Journ.*, 21 septembre 1889).

Excision d'un kyste thyroïdien, par C. Mc Burney (*N. Y. surg. Soc.*, séance du 27 mars; in *N. Y. med. Rec.*, 22 juin 1889).

Arrêt du cœur dans la diphthérie, par G. Wheeler Jones (*Amer. med. Assoc.*, Newport, 26 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Tumeur lymphoïde ayant son origine dans le sinus pyriforme droit, par J. N. Mackenzie (*Amer. med. Assoc.*, Newport, 25 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 29 juin 1889).

Observations de gastrostomie, par F. J. Lutz (*Weekly med. Journ.*, 29 juin 1889).

La troisième amygdale, par J. A. White (*Amer. med. Assoc. Newport*, 27 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 6 juillet 1889).

Papillome de la base de la langue et de l'épiglotte, par L. A. Bull (*Journ. of ophtalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Pharyngite syphilitique, par F. F. Casseday (*Journ. of ophtalm. otol. and laryngol.*, juillet 1889).

Tumeur fongueuse douloureuse d'un caractère inconnu de la base de la langue, par Curtis (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Un nouveau cautère pour la pharyngite latérale, par Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 23 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 24 août 1889).

Diphthérie, tuberculose généralisée et pneumonie, par W. P. Northrup (*N. Y. pathol. Soc.*, séance du 22 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 14 septembre 1889).

Contagion de la diphthérie, par P. G. Robinson (*Ass. of Amer. phys.*,

4^e réunion annuelle, tenue à Washington le 19 septembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 septembre 1889).

Prophylaxie personnelle dans la diphthérie, par A. Caillé (Amer. pediatric Soc., Washington, 20 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 12 octobre 1889).

Quelques observations personnelles sur l'hypertrophie aiguë et chronique du tissu adénoïde de la voûte du pharynx, et les moyens employés pour le traitement, par D. Bryson Delavan (*N. Y. med. Journ.*, 12 octobre 1889).

Transformation cancéreuse apparente d'un syphilome de la langue. Excision de la langue au moyen de la galvano-caustique, par G. F. Lydston (*N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Amygdalites chroniques, par Fletcher Ingals (Miss. Valley med. Ass., 9 septembre; in *N. Y. med. Rec.*, 26 octobre 1889).

Gastrostomie dans un cas de rétrécissement non cancéreux de l'œsophage, par J. C. Clark (*N. Y. med. Journ.*, 2 novembre 1889).

Hémorrhagie à la suite de l'amygdalectomie, par J. S. Butler (*N. Y. med. Journ.*, 2 novembre 1889).

Contribution à la physiologie du voile du palais, par O. Joachim (*Arch. of otol.*, n^{os} 3 et 4, 1889).

Deux cas de tumeurs du pharynx, par W. Cheatham (*The Amer. pract. and News*, 7 décembre 1889).

Un nouvel inhalateur, par J. W. Gleitsmann (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

L'emploi indistinct de la cocaïne, par H. Holbrook Curtis (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 26 novembre; in *N. Y. med. Journ.*, 28 décembre 1889).

L'état actuel du traitement de la diphthérie, par J. S. Knox (*Weekly med. Review*, 4 janvier 1890).

Traitement galvano-caustique de l'hypertrophie des amygdales chez l'enfant et chez l'adulte; observations, par J. B. Garrison (*Journ. of ophthalm. lar. and otol.*, janvier 1890).

Rétrécissement imperméable de l'œsophage; œsophagotomie interne après la gastrotomie; guérison, par F. Lange (*N. Y. surg. Soc.*, séance du 11 décembre 1889; in *N. Y. med. Journ.*, 1^{er} février 1890).

Méthode pour corriger les adhérences existant entre le voile du palais et le pharynx, par J. E. Nichols (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 28 janvier; in *N. Y. med. Journ.*, 22 février 1890).

Calomel dans la diphthérie, par J. J. Green (*Med. Standard*, janvier 1890).

Traité de la diphthérie, par A. Jacobi (Un vol. de 250 pages, W. Wood, éditeur, New-York, 1890).

Observations de bec-de-lièvre et de perforation du palais, par Goodwillie (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 25 février; in *N. Y. med. Journ.*, 29 mars 1890).

Etude sur les amygdalites, par W. S. Morris (*Journ. of ophthalm. otol. and laryngol.*, avril 1890).

Abcès aigu de l'amygdale (esquinancie), par H. Clark (*N. Y. med. Journ.*, 26 avril 1890).

Prophylaxie de la diphthérie, par W. P. Northrup (*N. Y. med. Journ.*, 26 avril 1890).

Nouvel amygdalectomie de Tiemann, par J. D. Parker (*N. Y. med. Journ.*, 3 mai 1890).

Thyroïdectomie, par C. A. Powers (*N. Y. Acad. of med.*, séance du 14 avril; in *N. Y. med. Journ.*, 10 mai 1890).

Veratrum viride contre les amygdalites par A. T. Hudson (*N. Y. med. Rec.*, 10 mai 1890).

Rumination chez l'homme, par M. Einhorn (*N. Y. med. Rec.*, 17 mai 1890).

Observations de rhumatisme ayant envahi particulièrement les amygdales, par W. H. Thayer (N. Y. State med. Ass., 27 mai; in *N. Y. med. Rec.*, 14 juin 1890).

Comment prévenir la diphthérie? par A. Caillé (Amer. pediatric Ass. N. Y., 3 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 21 juin 1890).

La diphthérie primitive est-elle une affection locale ou générale? par Selover (Med. Soc. of the State of New Jersey, 10 juin; in *N. Y. med. Rec.*, 21 juin 1890).

NOUVELLES

Le 10^e congrès international de médecine s'est tenu à Berlin du 4 au 9 août. Nous avons le plus grand plaisir à constater le succès immense et sans précédent de ces grandes assises de la science. Qu'il nous suffise de dire que le nombre des médecins présents a presque atteint 6,000 !

Les deux sections de laryngologie et d'otologie ont réuni près de 400 membres. Les présentations ont été aussi nombreuses qu'importantes, et il n'est pas un point des deux spécialités qui n'ait été traité avec autorité par les savants les plus connus, et n'ait fait l'objet de discussions très approfondies. Dix séances ont été occupées par ces lectures, et ces séances ont été parfois très longues.

L'accueil des médecins de Berlin a été grandiose. Le gouvernement et la ville ont contribué de la façon la plus fastueuse à l'éclat de ces fêtes, et les relations créées par ce Congrès seront fécondes pour la science.

Nous ne devons pas oublier non plus l'accueil si aimable fait aux membres français du Congrès par l'ambassadeur de France, et nous ne pouvons nous empêcher de louer le tact et la distinction avec lesquels le professeur Bouchard, président de la délégation française, s'est acquitté de ses délicates fonctions.

Le Congrès de Berlin laissera certainement dans l'esprit des membres français qui y ont assisté une impression ineffaçable.

A. G.

La section d'otologie du Congrès de Berlin a élu comme président le professeur Lucae. Les présidents d'honneur étrangers étaient : MM. Gellé (France); Botey (Espagne); Delstanche (Belgique); Brunner et Rohrer (Suisse); Politzer, Gruber et Zaufal (Autriche-Hongrie); Guye (Hollande); Knapp, St John Roosa et S. Sexton (Etats-Unis); Pritchard et Prussak (Angleterre); Gradenigo (Italie); Rühlmann (Russie).

Ont été nommés secrétaires : MM. Bronner (de Bradford), Horsley (d'Edimbourg), Krakauer (de Berlin), Laurent (de Hal), Schmiegelow (de Copenhague).

La *section de laryngologie et rhinologie* était présidée par le professeur B. Fraenkel. Les présidents d'honneur étrangers étaient : MM. Bosworth (Etats-Unis); Capart (Belgique), Schmiegelow (Danemark); Semon (Angleterre); Gouguenheim (France); Branthief (Hollande); Massei (Italie); Stoerk (Autriche-Hongrie); Ruhlmann (Russie); Valentin (Suisse).

Ont été désignés comme secrétaires : MM. Luc (de Paris), Brébion (de Lyon), Laurent (de Hal), Koch (de Luxembourg), Freudenthal, Delavan, French et Thorner (Etats-Unis), Strazza (de Gènes), Nicolai (de Milan), Onody (Buda-Pesth).

La 63^e session annuelle des *médecins et naturalistes allemands* se tiendra à Brème du 15 au 20 septembre.

La *section d'otologie* sera présidée par le Dr Becker; Dr H. Dnesterwald, secrétaire. — Communication annoncée : De l'action de l'air de la mer et des bains de mer sur les affections de l'oreille moyenne, par le Dr Becker, de Brème.

Section de laryngologie et rhinologie. Président : Dr Schaeffer; secrétaire : Dr Winkler. — Ont annoncé des communications : Drs V. Lange, de Copenhague; Kafemann, de Königsberg; M. Schaeffer, de Brème. a) Traitement du larynx par la méthode de Heryng; b) 1,000 cas de végétations adénoïdes; c) de l'angine de Ludwig; d) des abcès de la cloison nasale, Dr Winkler, de Brème; des rapports du bégaiement avec les affections nasales.

Le 1^{er} *Congrès italien de pédiatrie* se tiendra à Rome au mois d'octobre prochain. Parmi les communications annoncées nous remarquons : Intubation du larynx, par F. Massei, de Naples, et Egidi, de Rome. Traitement de la diphthérie, par Concetti, de Rome. Prophylaxie des maladies de l'oreille chez l'enfant, par V. Cozzolino, de Naples.

Par suite d'une entente entre les otologistes de différentes nationalités, on a convenu de remettre au printemps de 1893 le

Congrès international d'otologie qui devait se tenir à Florence en septembre 1892. Cette décision a été prise afin de faire concorder la réunion des otologistes avec le congrès international de médecine qui se tiendra à Rome vers Pâques en 1893. Le Congrès d'otologie sera ouvert huit jours avant celui de Rome de manière que ses membres puissent assister au Congrès international.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un spécialiste bien connu, le Dr Jelenffy, de Buda-Pesth, qui a succombé à la fin du mois d'août, à Berlin, à la suite d'une maladie aiguë qu'il avait contractée au début du Congrès.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Ueber nasen Syphilis (De la syphilis nasale), par P. MICHELSON (Extrait de la *Sammlung klin. Vorträge de Volkmann*, n° 326, 1888).

Jahres Bericht ueber Dr P. Michelson's Ambulatorium fur Hals, nasen und Hautkranke (Rapport sur la consultation externe pour les maladies du cou, du nez et de la peau), du Dr Michelson, à Königsberg, du 1^{er} mai 1889 au 1^{er} mai 1890 (Impr. E. Erlatis, Königsberg, 1890).

Deux cas de paralysie motrice du larynx, par A. DAMIENO (Extrait de la *Gazzetta delle cliniche*, Naples, n° 8, 1890).

Des bruits subjectifs de l'oreille dans l'oreille interne, note de G. GRADENIGO (Turin, 1890).

Un cas d'extirpation du larynx suivi de quelques considérations à propos de cette opération, par J. CISNEROS Y SEVILLANO (Extrait de la *Rev. clin. de los Hospitales*, Madrid, 1890).

Compte rendu de la deuxième réunion des otologistes du nord de l'Allemagne, tenue à Berlin, le 7 avril 1890, par AD. BARTH (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1890).

Acute Mittelohrentzündung mit ungewöhnlichen cerebralen Erscheinungen (Otitis moyenne aiguë compliquée de troubles cérébraux), par AD. BARTH (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1890).

Sur l'excitabilité électrique du nerf acoustique et sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et du système nerveux en général; note de G. GRADENIGO (Extrait du *Bollett. delle malattie dell' orecchio, gola e naso*, n° 4, 1890).

Further Remarks on the self-retaining palate hook; including its use in post nasal catheterism (Remarques sur le relèvement et son emploi pour le cathétérisme rétro-nasal, par E. CRESSWELL BABER (Extrait du *Brit. med. Journ.*, 28 juin 1890).

De la rhinite atrophique et de l'ozène, par E. DEUMIER (Un vol. de 140 pages, impr. H. Jouve, Paris, 1889).

Der Unterricht in der Universitäts-Polielinik für Hals und Nasenkrankheiten zu Berlin (L'enseignement des maladies de la gorge et du nez à la polyclinique de l'Université de Berlin), par le profess. B. FRAENKEL (Tirage à part du *Klin. Jahrbuch II*, Berlin, 1890).

Le salol dans l'amygdalite et la pharyngite aiguës, par J. WRIGHT (Extrait de *The Amer. Journ. of the Med. sciences*, août 1890).

Une classification des affections intra-nasales et naso-pharyngiennes, par LENNOX-BROWNE (Extrait du *Journ. f. Laryng. and Rhinol.*, 1890).

Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals und Nasen Krankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatorium von O. Chiari (Renseignements sur le fonctionnement de la consultation externe des maladies de la gorge et du nez, du Dr O. CHIARI, à Vienne (Tœplitz et Deuticke, éditeurs, Leipzig et Vienne, 1887).

De l'obstruction nasale principalement par les tumeurs adénoïdes dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par P. REDARD. (Extrait de la *Gaz. méd. de Paris*, 22 mars 1890).

Annual of the Universal medical sciences, publié par Ch.-E. Sajous (5 volumes, Davis, éditeur, Philadelphie, 1890).

I. Anstalten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens Preussens. — II. Deutsches Gesundheitswesen. Festschriften zum X internationalen medizinischen Kongress-Berlin, 1890, von Dr M. Pistor (J. Springer, éditeur, Berlin, 1890).

Statistique numérique des malades soignés pendant l'espace de cinq ans à la section rhino-laryngologique de la polyambulance de Milan, par V. NICOLAÏ (Milan, 1890).

Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin (Comptes rendus de la Société de laryngologie de Berlin (G. Thieme, éditeur, Leipzig, 1890).

Klinisches Jahrbuch, publié par A. Guttstadt (Un volume de 754 pages, J. Springer, éditeur, Berlin, 1890).

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle (Anatomie de la cavité nasale, par B. FRAENKEL (1^{re} partie renfermant 6 planches, prix 9 marks ; Hirschwald, éditeur, Berlin, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

